

# **Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavat tekijät terveyssosiaalityöntekijöiden näkökulmasta**

Helsingin yliopisto  
Valtiotieteellinen tiedekunta  
Yhteiskuntatieteiden maisteriohjelma  
Pro gradu -tutkielma  
Kevät 2021  
Malin Helena Sandberg  
On 014723768

Ohjaaja: Helena Blomberg-Kroll

## **Tiivistelmä**

**Tiedekunta:** Valtiotieteellinen tiedekunta

**Koulutusohjelma:** Yhteiskuntatieteiden maisteriohjelma

**Opintosuunta:** Sosiaalityö

**Tekijä:** Malin Helena Sandberg

**Työn nimi:** Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavat tekijät terveysosiaalityöntekijöiden näkökulmasta

**Työn laji:** Pro gradu -tutkielma

**Kuukausi ja vuosi:** Helmikuu 2021

**Sivumäärä:** 62 + 9

**Avainsanat:** Terveysosiaalityö, moniammatillinen yhteistyö, erikoissairaanhoito

**Säilytyspaikka:** Helsingin yliopiston kirjasto

**Muita tietoja:**

**Tiivistelmä:**

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä terveysosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Tutkielma on toteutettu yhteistyössä HUS:n sisätaudit ja kuntoutus -yksikön kanssa ja siinä on keskitytty kyseisen yksikön terveysosiaalityöntekijöiden kokemuksiin sekä näkemyksiin moniammatillisuudesta. Tutkimusaineistona ovat sosiaalityöntekijöiltä kyselytutkimuksella kerätty laadulliset sekä määrälliset vastaukset ja tutkimusmenetelmänä aineiston analysoinnissa on käytetty temaattista sisältöanalyysia.

Tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää, miten moniammatillista työtä erikoissairaanhoidossa tehdään terveysosiaalityön näkökulmasta, millaisia haasteita terveysosiaalityöntekijät kohtaavat työssään liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön sekä mitkä tekijät terveysosiaalityöntekijän näkökulmasta edistävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä ei ole terveysosiaalityöntekijöiden näkökulmasta aikaisemmin HUS:n toimintaan liittyen tutkittu. Moniammatillisen yhteistyön tutkiminen on merkityksellistä ja tärkeää, koska eri ammattiryhmien välisen yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee tulevaisuudessa olemaan entistä suurempi.

Teoreettisena viitekehyksenä tutkielmassa on käytetty aiempaan tutkimukseen perustuvaa teoriaa, jossa moniammatillisen yhteistyön perustekijät on jaettu kolmeen eri osioon; 1) systeemiset determinantit 2) organisaatiokulttuuri ja 3) tiimin interaktio.

Tulosten mukaan sosiaalityöntekijät kokevat moniammatillisen yhteistyön vahvasti potilaille annettavan kokonaisvaltaisen hoidon perustana. Avoin kommunikaatio, yhdenvertainen kohtelu ja työyhteisön jäsenten ammattitaidon arvostaminen sekä henkilökohtainen mahdollisuus vaikuttaa yksiköiden moniammatillisiin käytäntöihin nähdään moniammatillisen yhteistyön onnistumisen keskeisinä edellytyksinä. Avoimuus ja parempi kommunikaatio myös hallinnollisella tasolla auttavat edistämään sosiaalityöntekijöiden yhteenkuuluvuuden tunnetta suhteessa niihin työyksiköihin, joissa nämä työskentelevät.

Keskeisin moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen tai vaihtoehtoisesti toimimattomuuteen vaikuttava tekijä on sosiaalityöntekijöiden oma-aloitteisuus ja henkilökohtaisen tekemisen merkitys. Yksilötason vaikuttaminen koettiin tehokkaimpana tapana edistää moniammatillista yhteistyötä ja ammattihenkilön oma-aloitteisuus, avoimuus, motivaatio, ammattitaito sekä kommunikaatiotaidot ja näiden esille tuominen työyhteisössä nähtiin moniammatillisen työskentelyn tärkeimpänä edellytyksenä. Koska moniammatillinen yhteistyö on lopulta ennen kaikkea yksilöiden yhteistyötä, on oikealaisten ja toistensa ominaisuuksia täydentävien henkilöiden löytäminen osaksi työyhteisöä keskeisin tapa organisaatiotasolla edistää moniammatillisen yhteistyön toimivuutta.

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. Johdanto.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Tutkimuskysymykset.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Terveyssoseaalityö .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Moniammatillinen yhteistyö .....</b>	<b>7</b>
4.1. Moniammatillisen yhteistyön käsitteet .....	7
4.2. Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet.....	8
<b>5. Syventäviä tutkimuksia moniammatillisuudesta .....</b>	<b>11</b>
5.1. Sosiaalityön monimuotoisuus .....	13
5.2. Moniammatillisuus organisaatiossa .....	15
5.3. Moniammatillinen viestintä .....	17
<b>6. Teoria.....</b>	<b>19</b>
6.1. Systemiset determinantit .....	19
6.2. Organisaatiokulttuuri .....	20
6.3. Tiimin interaktio .....	22
<b>7. Tutkimuksen toteuttaminen.....</b>	<b>25</b>
7.1. Aineisto ja menetelmä.....	25
7.2. Tutkimuksen aineisto ja luotettavuuden arviointi.....	29
7.3. Eettiset näkökulmat .....	30
<b>8. Kyselytutkimuksen tulokset.....</b>	<b>32</b>
8.1. Tutkimuksen määrälliset tulokset .....	32
8.2. Yhteyksiä määrällisten tulosten välillä .....	34
8.3. Tutkimuksen laadulliset tulokset .....	39
8.3.1. Systemiset determinantit .....	40
8.3.2. Organisaatiokulttuuri .....	42
8.3.3. Tiimin interaktio .....	49
<b>9. Kyselytutkimuksen yhteenveto.....</b>	<b>53</b>
<b>10. Loppukeskustelu ja johtopäätökset .....</b>	<b>57</b>
<b>Lähteet .....</b>	<b>63</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>.....</b>
Liite1. Kyselytutkimuksen kyselylomake .....	.....

## KUVIOT

Kuvio 1. Kommunikaation ulottuvuudet.....	45
---	----

## TAULUKOT

Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset.....	13
Taulukko 2. Määrälliset tulokset. ....	33
Taulukko 3. Ammattiryhmien välinen luottamuksen suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. ....	35
Taulukko 4. Toimintakäytäntöjen ja kommunikaation suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. ....	36
Taulukko 5. Tasavertaisuuden ja osallisuuden suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. ....	37
Taulukko 6. Osallisuus moniammatillisiin käytäntöihin ja osallisuus organisaation yhteistoimintaan tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.....	38
Taulukko 7. Organisaation sekä muiden ammattiryhmien taholta koetun arvostuksen suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.....	39

# 1. Johdanto

Valitsin tutkimukseni aiheeksi moniammatillisen yhteistyön erikoissairaanhoidossa ja tässä tutkielmassa tarkastelen aihetta terveyssosiaalityön näkökulmasta. Tutkielmani on toteutettu yhteistyössä HUS:n sisätaudit ja kuntoutus -yksikön kanssa ja tutkimuksessani olen keskittynyt nimenomaisesti HUS:n sisätaudit ja kuntoutus -yksikön terveyssosiaalityöntekijöihin sekä heidän kokemuksiinsa ja näkemyksiinsä moniammatillisuudesta työyksiköissään, HUS:n aikuissomatiikan puolella. Moniammatillisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä ei aikaisemmin ole tutkittu HUS:n sisätaudit ja kuntoutus –yksikössä terveyssosiaalityöntekijöiden näkökulmasta.

Kyseisessä sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä on 63 sosiaalityöntekijän vakanssia, 17 eri toimipaikassa. Yksikössä hoidetaan vuosittain noin 40 000 potilasta (HUS, tilastot 2020). Terveyssosiaalityöntekijät työskentelevät ja tuottavat laajasti palveluita HUS:n aikuissomatiikan työyksiköissä ja yksiköiden asiakasryhmään kuuluvat potilaiden lisäksi myös potilaiden omaiset.

Kiinnostukseni aiheeseen heräsi työskennellessäni avustavana sosiaalityöntekijänä noin 20 eri osastolla, neljässä eri sairaalassa (Töölö, Meilahden Torni- ja Kolmiosairaala, Haartmanin sairaala sekä Syöpätautien klinikka). Työskentelyni aikana olen huomannut suuria eroja osastojen välisissä moniammatillisissa työskentelytavoissa ja käytännöissä. Monet eroavaisuuksista näkyvät jokapäiväisessä työpaikan arjessa, esimerkiksi tiimipalaverikäytännöissä. Joillakin osastoilla ei ole esimerkiksi tiimipalavereja lainkaan, toisilla osastoilla taas järjestetään säännölliset viikoittaiset tiimipalaverit. Näihin palavereihin osallistuu edustaja jokaisesta ammattiryhmästä. Palavereissa osallistujat käyvät läpi ja keskustelevat esimerkiksi potilaan hoitosuunnitteluun liittyvistä toimenpiteistä.

Moniammatillinen yhteistyö voi sairaalatyössä olla läsnä monilla muillakin tavoilla kuin yksittäisten tiimipalaverien kautta. Esimerkiksi Töölön sairaalassa ei edellä mainittuja tiimipalavereja juurikaan ole. Eri osastoilla ammattiryhmien välistä yhteistyötä kuitenkin esiintyy ja sitä tehdään. Näkemykseni mukaan hyvä yhteistyö voi ilmetä esimerkiksi matalana kynnyksenä konsultoida muita ammattiryhmiä potilaiden ainutlaatuisista elämäntilanteista tai lukemalla ja perehtymällä

muiden ammattiryhmien edustajien laatimiin potilasteksteihin. Näin eri ammattiryhmien edustajat pysyvät tietoisena potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä hoidon tarpeesta. Ammatillinen yhteistyö ei siis välttämättä tarkoita yksittäisiä kokouksia, vaan tapaa työskennellä yhdessä muita ammattiryhmiä ja erityisesti muiden ammattiryhmien osaamista kunnioittaen sekä hyödyntäen. Näkemykseni mukaan eroavaisuudet yhteistyön laadussa ja työmenetelmissä vaihtelevat laajasti osastoittain. Tämä näkyy muun muassa siinä, miten ja millaisissa tilanteissa muut ammattiryhmät hyödyntävät sosiaalityöntekijän ammattitaitoa. Nämä huomiot ja eroavaisuudet saivat minut kiinnostumaan siitä, miten moniammatillisuutta kehitetään ja ylläpidetään. Nämä huomiot myös toimivat osaltaan tämän tutkielman lähtökohtina.

Moniammatillisia työyhteisöjä on tutkittu laajasti eri aloilla, mutta terveyssosiaalityön osalta tutkimuksia aiheeseen liittyen on tehty hyvin vähän. Joitakin pro gradu -tutkielmia aiheesta on kuitenkin viime vuosina tehty. Esimerkiksi Riina Helin (2016) on tutkinut moniammatillista yhteistyötä onnistumisen näkökulmasta, analysoimalla terveyssosiaalityöntekijöiden laatimia tekstejä. Helinin tutkimustulosten mukaan *”onnistunut moniammatillinen yhteistyö vahvistaa asiakkaan edun toteutumista, tuottaa yhteistyötoimijoille hyötyä ja sen avulla toteutetaan organisaation tavoitteita. Onnistumista edistävät ihmisiin liittyvät, systeemiset ja organisatoriset tekijät”* (Helin 2016, 2). Helinin tutkimuksen pohjalta päädyin keskittymään omassa tutkimuksessani moniammatillista yhteistyötä ohjaaviin rakenteisiin ja käytäntöihin, sekä siihen, miten moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia rakenteita luodaan ja minkälaisia haasteita moniammatillisen yhteistyön käytäntöihin erityisesti terveys- ja sosiaalityössä kohdistuu. Moniammatillisen yhteistyön tutkiminen on merkityksellistä ja tärkeää, koska eri ammattiryhmien välisen yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee tulevaisuudessa olemaan entistä suurempi.

Tutkielman sisältö on jaettu seuraavasti. Alkuun esittelen tutkimuskysymykseni sekä alustavan viitekehyksen, joka toimii tutkimukseni perustana. Tämän jälkeen, luvussa kolme, esittelen lyhyesti terveyssosiaalityötä yleisesti sekä terveyssosiaalityön historiaa. Luvuissa neljä ja viisi käyn läpi moniammatillisuutta ja moniammatillisuuden monimuotoisuutta, suomalaisen sekä kansainvälisen tutkimuksen valossa.

Tutkielman kuudennessa luvussa syvennyn valitsemani viitekehyksen teoriaan sekä teorian eri tasoihin. Luvussa seitsemän käyn läpi, miten tutkielmani osana tehty kyselytutkimus on toteutettu, mitä ohjelmia sekä apuvälineitä kyselytutkimuksen teossa ja analysoinnissa on käytetty, sekä sitä, miten eettiset näkökulmat on huomioitu tutkimuksen teon yhteydessä. Tämän jälkeen, luvussa kahdeksan esittelen kyselytutkimuksen määrällisiä sekä laadullisia tuloksia ja luvussa yhdeksän tiivistetyn yhteenvedon kyselytutkimuksen tuloksista. Lopuksi luvussa 10 on kuvattu tutkielman lopputulokset ja johtopäätökset.

## 2. Tutkimuskysymykset

Moniammatillista yhteistyötä voidaan jäsentää usealla eri tavalla. Olen päätenyt tarkastelemaan työssäni moniammatillista yhteistyötä kolmella eri tasolla, jotka perustuvat pääasiassa Leticia San Martín-Rodríguezin, Marie-Dominique Beaulieun, Danielle D’Amourin sekä Marcela Ferrada-Videlan (2005) tekemään jaotteluun, jossa he määrittelevät moniammatillisen yhteistyön perustekijät. Tutkijat jakavat moniammatillisen yhteistyöhön vaikuttavat tekijät systeemiin, organisaation sisäisiin sekä interaktionaalisiin tekijöihin. Nämä tekijät vaikuttavat eri tasoilla. Systeemiset tekijät ovat organisaation ulkopuolella vaikuttavia asioita, kuten esimerkiksi yhteiskunnalliset tekijät, politiikka sekä koulutusjärjestelmät. Organisatoriset tekijät liittyvät vahvasti työympäristöön, organisaation rakenteisiin, johtoon, kommunikaation toimintatapoihin sekä muihin hallinnollisiin seikkoihin. Interaktionaaliset tekijät viittaavat ihmisten välisen kommunikaatioon, toimintaan ja käyttäytymiseen (San Martín-Rodríguez ym. 2005, 134–142).

Tutkimukseni keskeinen tarkastelukohde on se, miten HUS:n sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä työskentelevät terveyssosiaalityöntekijät kokevat moniammatillisen yhteistyön, siihen vaikuttavat rakenteet sekä käytännöt ja näiden kehittämisen erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen asettamat tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1. Miten moniammatillista työtä tehdään erikoissairaanhoidossa terveyssosiaalityön näkökulmasta?*
- 2. Millaisia haasteita terveyssosiaalityöntekijät kohtaavat työssään liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön?*
- 3. Mitkä tekijät terveyssosiaalityöntekijän näkökulmasta edistävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista erikoissairaanhoidossa?*

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mikä toimii, mikä ei ja miten ei-toimivia toimintatapoja on kehitetty sekä miten niitä voidaan jatkossa kehittää.



### 3. Terveys sosiaalityö

Sosiaalityötä terveydenhuollossa, eli niin sanottua terveys sosiaalityötä, tehdään tänä päivänä sekä perusterveydenhuollossa että erityissairaanhoidossa. Sairaaloiden sosiaalityö sai alkunsa Englannissa vuonna 1895 sosiaalihoitaja “Lady Almonerin” aloitteesta. Amerikka seurasi nopeasti perässä ja ensimmäinen sairaala, johon perustettiin varsinainen sosiaalityön osasto, avattiin New Yorkiin, Massachusetts General Hospital-sairaalaan vuonna 1905. Naapurimaamme Ruotsi toi sosiaalihoitajat, jotka olivat taustaltaan usein terveyssisaria, sairaaloihinsa samaan aikaan Ranskan kanssa. Suomen sairaaloihin sosiaalityön toi Marsalkka Mannerheimin sisko Sophie Mannerheim (Korpela 2014, 120).

Sosiaalityö terveydenhuollossa alkoi Suomessa jo 1920-luvun alkupuolella Helsingin Lastensairaалassa ja Kirurgisessa sairaalassa. Molemmat ovat tänä päivänä osa HUS:a. Tuolloin nimettiin tietyt sairaanhoitajat “sosiaalihoitajiksi”. Näiden hoitajien erityistehtäviin kuului muun muassa vainajien valmistelu sekä vainajan omaisten vastaanottaminen osastolla. Vuonna 1945 Helsingin sairaanhoito-opisto käynnisti opinto-ohjelman, jossa sairaanhoitajat pystyivät erikoistumaan sosiaalihoitajiksi. Vaikka opinnot siirtyivät vuoden 1975 jälkeen yliopistoihin, ja samalla nimike muuttui sosiaalihoitajasta sosiaalityöntekijäksi, näkyy nimike “sosiaalihoitaja” vielä edelleen terveys sosiaalityöntekijän arjessa (Kananaja 2017, luku 25).

Sairaloissa tehtävä sosiaalityö on vuosien varrella muuttunut hyvin paljon avustavasta hoitotyöstä asiantuntijatehtäviin. Tänä päivänä työn harjoittamiseen vaaditaan lainmukainen kelpoisuus (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005 & Korpela 2014, 121). Sosiaalityötä säännellään Suomen lainsäädännössä, ja sosiaalityöntekijä toimii samojen säännösten (laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015) pohjalta, riippumatta siitä, millä alalla tehtävää harjoittaa. Terveys sosiaalityöntekijän työn piiriin sisältyy monenlaisia yhteiskunnallisia haasteita (mm. lastensuojelu, perheongelmat, väkivalta, köyhyys, työttömyys, päihteet, yksinäisyys, asunnottomuus, palveluiden riittämättömyys sekä syrjäytyneisyys tukijärjestelmän ulkopuolelle). Lisäksi terveys sosiaalityöntekijän hoidettaviin asiakkaisiin kuuluvat kaikki ikäluokat vauvoista vanhuksiin.

Terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen: sosiaalinen arviointi, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, toimeentulon turvaaminen sekä asiantuntijatyö. Terveysosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluu mm. oikean informaation antaminen, selvitystyöt, viereillepano, koordinointi ja suunnittelu. Terveysosiaalityön lähtökohtana on nähdä potilaan kokonaisvaltainen tilanne, mukaan lukien sairauden sekä sosiaalisten tekijöiden yhteydet. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas ja tämän perhe pystyisivät sairaudesta huolimatta osallistumaan yhteiskuntaan, suoriutumaan sosiaalisesti sekä pärjäämään taloudellisesti (Korpela 2014, 121).

Onnettomuuden tai sairauden sattuessa ihmisen elämäntilanne voi muuttua hetkessä. Tällaisissa tilanteissa terveysosiaalityöntekijä voi olla auttamassa ja ennaltaehkäisemässä erilaisia kriisejä, arvioimalla potilaan sosiaalista tilannetta sekä palvelutarvetta. Parhaimmillaan terveysosiaalityöntekijä voi auttaa ja hoitaa potilaan asiat kuntoon siten, että potilas pystyy keskittymään hoitoon ja kuntoutukseensa. Terveysosiaalityöntekijä toimii yhteistyössä monen eri tahon ja eri sosiaali-sektoreiden kanssa. Terveysosiaalityöntekijä on aina potilaan tukena ja niin sanotusti potilaan puolella (Kananoja 2017, luku 25).

## 4. Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön kuuluu monia eri ammatteja ja asiantuntijuus on hyvin jaettua. Monitoimijan näkökulmasta toimintaympäristön toimivuus edellyttää tiivistä ja vaivatonta yhteistyötä, asiakas- ja potilastyön palvelun laadun varmistamiseksi. Tässä luvussa tulen käsittelemään moniammatillisuutta yleisesti suomalaisen teorian pohjalta sekä syventävästi kansainvälisten teorioiden avulla.

### 4.1. Moniammatillisen yhteistyön käsitteet

Moniammatillisuutta käsitteenä käytetään kuvaamaan hyvin laaja-alaisesti erilaisia yhteistyön muotoja. Englanniksi on olemassa useita käsitteitä, kuten ”*multiprofessional*”, ”*interprofessional*”, ”*crossprofessional*” sekä ”*transprofessional*”, joita kaikkia käytetään kuvaamaan erilaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja. *Multiprofessional* viittaa perinteiseen moniammatilliseen yhteistyöhön, johon sisältyy monia eri ammattiryhmiä. *Interprofessional* sekä *crossprofessional* viittaavat hyvin tiiviiseen ja jopa intensiiviseen yhteistoimintaan ja *transprofessional* tarkoittaa ammattituntemusta oman ammattiosaamisen ulkopuolella. Tiiviistetysti voidaan sanoa, että *transprofessional*-työskentelyssä annetaan muiden ammattiryhmien astua oman ammattiryhmän osaamisalueelle (Kekoni, Mönkkönen & Pehkonen 2019, luku 2.1).

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä voidaan kuvata ja analysoida erilaisten alakäsitteiden, kuten ”*jaettu vuorovaikutus (vuorovaikutuksen vaihtoalue)*”, ”*yhteistoiminnallisuus*” sekä ”*jaettu asiantuntijuus*” avulla. Kaksi jälkimmäistä käsitettä kuvaavat moniammatillisuuden ydintä, eli sitä, miten yhdessä rakennamme parhaan mahdollisen tietämyksen jostakin asiasta tai tilanteesta. Vuorovaikutuksen vaihtoalue taas viittaa hieman negatiivisempaan käsitteeseen, sillä se voi kuvata sitä vaihtoaluetta, missä tarkastellaan ”eri osapuolten vastavuoroista hyötyä tilanteesta”. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että vaihtoaluetta tarkastellaan liiketalouden kannattavuuden näkökulmasta, jossa ihmissuhteet optimoidaan ja työ perustuu laskelmiin perustuvaan kannattavuuteen. Tätä on kritisoitu paljon sillä perusteella, että vuorovaikutus ammattilaisen ja asiakkaan kanssa ei

voi perustua taloudellisen hyödyn ja kannattavuuden laskelmointiin (Kekoni, Mönkkönen & Pehkonen 2019, luku 2.1).

Moniammatilliseen yhteistyöhön sisältyy yleensä käsite rajapinnoista. Rajapinta tarkoittaa aluetta, joka jää eri ammattiryhmien työtehtävien välimaastoon. Väitän, että kaikki, jotka ovat tehneet töitä moniammatillisissa tiimeissä, ovat joskus törmänneet asioihin tai tehtäviin, joihin kukaan ei halua ottaa kantaa, koska “se ei kuulu työnkuvaan”. Moniammatillisen yhteistyön keskeisimpänä tarkoituksena on työskennellä niin, että asiakkaan tai potilaan kokonaisvaltainen tilanne otetaan huomioon ja se tehdään yhdessä, jotta edellä mainituilta rajapinnoilta välttyttäisiin. Rajapinta käsitettä korvaamaan on esitetty käsite “yhdyspinta”, joka niin kutsutun välimaaston sijaan korostaisi yhtymäkohtia, joissa juuri moniammatillista yhteistyötä olisi tärkeää toteuttaa (Kekoni, Mönkkönen & Pehkonen 2019, luku 2.1).

#### 4.2. Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet

Moniammatillisuus on ollut tutkijoiden kiinnostuksen kohteena 1960-luvulta lähtien. Sen jälkeen moniammatillista yhteistyötä on etenkin sosiaali- ja terveysalalla lisätty merkittävästi. On myös olemassa moniammatillisen työskentelyn ympärille kehitettyjä teorioita. Näistä tutkija Laura Bronsteinin (2003) teoria siitä, miten moniammatillinen työskentely olisi sosiaalityön näkökulmasta mahdollisimman toimivaa, on hyvin konkreettinen. Bronstein nimeää viisi moniammatillisen työskentelyn osa-aluetta, jotka kuvaavat, mihin työskentelyn hyödyt rakentuvat sekä neljä vaikuttavaa tekijää moniammatilliseen työskentelyyn. Ensimmäinen osa-alue on *keskinäinen riippuvuus*, jolla Bronstein tarkoittaa ammattilaisen omaa ammatillista tuntemusta, oman roolin omaksumista sekä luottamusta muihin ryhmäläisiin. Jotta keskinäinen riippuvuus olisi mahdollista, pitäisi *uudelleen rakentaa ammatillisia toimintatapoja*. Bronsteinin mielestä yhteiskunnan laajempia toimintatapoja palveluiden, ohjeistuksien sekä käytäntöjen osalta pitäisi muokata, jotta asiakas saisi paremman hyödyn palveluista. Yksi hyvin keskeinen osa-alue on *joustavuus*. Jokaisen moniammatillisessa yhteistyössä työskentelevän ammattilaisen tulee omaksua se, että roolit välillä muuttuvat ja rooleja on muutettava parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi (Bronstein 2003, 298–302).

*Tavoitteiden yhteinen omistajuus* viittaa siihen, että suunnitelmat, päätökset ja koko prosessi eivät kosketa pelkästään moniammatillisen tiimin sisällä toimivia jäseniä, vaan huomioon otetaan myös itse asiakas / potilas sekä mahdollisesti myös tämän perhe tai lähiomaiset. *Prosessin reflektointi* on työväline, jonka avulla moniammatillinen tiimi voi arvioida edellisen prosessin kulkua ja ottaa siitä oppia tulevia prosesseja varten (Bronstein 2003, 298–302).

Bronsteinin mielestä vaikuttava tekijä moniammatillisen työskentelyn onnistumiseen on myös *ammatillinen rooli*. Hänen mielestään ainoastaan vahvan ammatillisen identiteetin omistava henkilö pystyy työskentelemään ammatillisessa yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa tuntematta epävarmuutta ja uskaltaen tuoda esiin omat ajatuksensa sekä ideansa (Bronstein 2003, 302–306).

*Rakenteelliset tekijät*, kuten organisaatiokulttuuri ja johdon suhtautuminen ovat hyvin keskeisiä tekijöitä moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen. Tähän voi kuitenkin liittyä pienempiäkin asioita, kuten ajalliset sekä paikalliset rajoitteet. *Persoonallisia tekijöitä* voivat olla muun muassa tiimiläisten asenteet sekä vuorovaikutustaidot. *Ryhmän yhteinen historia* voi myös vaikuttaa siihen, miten ryhmätyöskentely sujuu. Yhteiset positiiviset kokemukset sekä onnistumiset tuovat työskentelyyn myönteistä vaikutusta. Negatiivinen suhtautuminen moniammatilliseen työskentelyyn voi toisaalta vaikuttaa ryhmän jäsenien yhteistyöhön sekä tiimin vastaanottavuuteen (Kekoni, Mönkkönen & Pehkonen 2019, luku 2.1).

Oppilaitoksilla ja koulutuksen tarjoajilla voi olla erinomaiset mahdollisuudet vaikuttaa moniammatillisen työskentelyn kehittämiseen. Monet korkeakoulut ovat ottaneet osaksi opiskelua, eri tiedekuntien välillä järjestettäviä kursseja, sisältäen ryhmätöitä eri opiskelijaryhmien välillä. Etenkin sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa tämä on hyvin tavallinen käytäntö. Tosin pelkät moniammatilliset kurssit eivät riitä, vaan opiskelijoiden on myös opittava moniammatillista yhteistyötä edistäviä taitoja, kuten hyviä vuorovaikutustaitoja.

Viime vuosina Suomessa on sosiaalityön, erityisesti lastensuojelun kehittämisen yhteydessä puhuttu ja nostettu esiin niin kutsuttu systeeminen toimintamalli. Aihetta ovat käsitelleet muun muassa Katarina Fagerström Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL:n julkaisussa ”Ihmissuhteita rakentava ja ylläpitävä lastensuojelu: Hackneyn malli ja systeeminen käytäntö lastensuojelutyössä” (Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos THL työpäperi 42/2016) sekä Pia Lahtinen, Leena Männistö

ja Marketta Raivio julkaisussa ”Kohti suomalaista systeemistä lastensuojelun toimintamallia: Keskeisiä periaatteita ja reunaehdoja” (Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos työpaperi 7/2017).

Systeemisessä toimintamallissa, jota kutsutaan myös ”Hackneyn toimintamalliksi” ymmärretään ihminen osana perhettä ja laajempaa verkostoaan. Asiakkaalle tarjottavia palveluja ajatellaan systeeminä ja ymmärretään, että kaikki systeemin osat vaikuttavat toisiinsa. Mallissa keskeistä asiakastyön onnistumiselle on, että yksiköt työskentelevät tiiviisti yhdessä, käytännössä pieninä tiiminä. Toimintamallin lähtökohta on, että organisaation sisäisten prosessien ja rutiinien pitää olla yksinkertaisia sekä joustavia ja mallin tavoitteena on lisätä asiakkaiden saaman palvelun laatua, asiakas- ja verkostotyön toimivuutta ja asiakasystävällisyyttä sekä parantaa työntekijöiden työhyvinvointia ja vähentää kuormitusta. Systeemisen toimintamallin hyötynä on nähty muun muassa se, että jaettu systeeminen orientaatio helpottaa eri ammattiryhmien yhteistä työskentelyä. (Fagerström 2016, 19–28) Tulevaisuudessa jää nähtäväksi, millä tavoin systeemistä toimintamallia voitaisiin hyödyntää myös terveyssosiaalityön moniammatillisessa yhteistyössä.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tällä hetkellä uudistumassa. Tämä uudistuksen tavoitteena on tuoda ja antaa ihmisille entistä enemmän valinnanvaraa oman terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä palveluissa sekä parantaa palveluiden saatavuutta. Kunnalliset ja yksityiset palveluntuottajat tulevat käymään läpi muutosta, jota ei ole Suomessa aikaisemmin koettu. Tämä tulee vaatimaan entistä enemmän yhteistyötä ja rajojen yli tapahtuvaa kommunikointia, reflektointia sekä yhteistyötä, jotta asiakkaan / potilaan hyvä ja asianmukainen hoito saavutetaan. Opiskelijat, jotka ovat saaneet kokea ja oppia moniammatillista yhteistyötä osana opiskelua, voivat omata paremmat lähtökohdat työelämäänsä (Kekoni, Mönkkönen & Pehkonen 2019, luku 5.1).

## 5. Syventäviä tutkimuksia moniammatillisuudesta

Tässä luvussa tarkastelen tarkemmin aiemmin tehtyjä, moniammatillisuuteen sairaanhoidossa liittyviä tutkimuksia. Aikaisemmissa luvuissa olen pääosin keskittynyt suomalaiseen tutkimukseen, tässä luvussa nostan esille myös kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimusten alustavaan selvittämiseen käytin hakukonetta ”Google scholar”. Käytin hakusanoja ”social work”, ”multiprofessional”, ”transprofessional” sekä ”hospital”. Hain näillä hakusanoilla kolmella eri kielellä, englanniksi, suomeksi ja ruotsiksi. Koska hakutuloksia oli erittäin paljon, päätin rajata hakuni vuosille 2015–2020. Näistä tuloksista rajasin vielä pois ammattikorkeakouluissa tehtyt tutkimukset, kandidattitutkimukset, ei-saatavilla olevat tutkimukset sekä ainoastaan maksullisesti saatavilla olevat tutkimukset ja artikkelit. Tutkimusten osalta keskityin alustavassa tutkimuksessani gradu- ja väitöstutkimuksiin, artikkeleihin sekä kirjoihin, jotka ovat Helsingin yliopiston opiskelijoiden käytettävissä. Lopulta löysin 10 artikkelia, jotka olivat yhteensopivia omaan tutkimus- sekä viitekehykseeni, keskittyen juuri sosiaalityöntekijän moniammatilliseen yhteistyöhön, eri tasoilla ja kansainvälisesti eri näkökulmista. Alla olen jakanut artikkelit kolmeen eri osa-alueeseen ja nimennyt ne seuraavasti tutkimusten sisällön mukaisesti: 1) Sosiaalityön monimuotoisuus 2) Moniammatillisuus organisaatitasolla 3) Moniammatillinen viestintä ja kommunikaatio. Esittelen alla lyhyesti tutkimukset ja niiden keskeisimmät teemat sekä löydöt.

NIMI	TEKIJÄ	JULKAISIJA	VUOSI	URL
<i>”An interprofessional perspective on healthcare work: physicians and nurses co-constructing identities and spaces of action”</i>	Erika Lokatt Charlotte Holgersson Monica Lindgren Johann Packendorff Louise Hagander	Journal of Management & Organization	2019	<a href="https://www.cambridge.org/core/journals">https://www.cambridge.org/core/journals</a>
<i>”Social work within a medical setting: an ethnographic study of a hospital social work team”</i>	Daniel Burrows	Väitöskirja, Caediss University	2019	<a href="http://orca.cf.ac.uk/111557/">http://orca.cf.ac.uk/111557/</a>



<i>"Hospital-Based Social Work: Challenges at the Interface between Health and Social Care"</i>	Deirdre Heenan Derek Birrell	The British Journal of Social Work	2018	<a href="https://academic.oup.com/bjsw/article/49/7/1741/5253795">https://academic.oup.com/bjsw/article/49/7/1741/5253795</a>
<i>"Interprofessional working in hospitals: the case of Nepal"</i>	Bachchu Kailash Kaini	Väitöskirja, University of Greenwich	2015	<a href="http://202.45.147.21:8080/xmlui/handle/123456789/315">http://202.45.147.21:8080/xmlui/handle/123456789/315</a>
<i>"Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review"</i>	Tony Smith Sally Fowler-Davis Susan Nancarrow Steven Mark Brian Ariss Fam Enderby	Leadership in Health Services	2018	<a href="https://www.researchgate.net/profile/Tony_Smith9/publication/">https://www.researchgate.net/profile/Tony_Smith9/publication/</a>
<i>"Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration"</i>	Deborah DiazGranados Alan W. Dow Nital Appelbaum Paul E. Mazmanian Sheldon M Retchin	Journal of Interprofessional Care	2017	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1383886">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1383886</a>
<i>"An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work"</i>	Rachelle Ashcroft Trish Van Katwyk	National Center for Biotechnology Information	2016	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26959864/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26959864/</a>
<i>"Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveyssosi-aalityöntekijöiden kirjoituksissa"</i>	Riina Helin	Pro gradu, Tampereen yliopisto	2016	<a href="https://trepo.tuni.fi/handle/10024/99089">https://trepo.tuni.fi/handle/10024/99089</a>
<i>"Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care"</i>	Krist Thomson Sue Outram Conor Gilligan Tracy Leveer-Jones	Journal of Interprofessional Care	2015	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1040873">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1040873</a>
<i>"Effective Collaborative Communication in Hospice Care"</i>	Ami Bhatt Anne Mitchell	Symbiosis	2015	<a href="https://www.oakland.edu/Assets/Oakland/nursing/files-and-documents/Faculty-">https://www.oakland.edu/Assets/Oakland/nursing/files-and-documents/Faculty-</a>



				<a href="#">Pubs/MITCHELL%20Bhatt%20publication-palliative-medicine-care16-1.pdf</a>
--	--	--	--	--

Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset.

## 5.1. Sosiaalityön monimuotoisuus

Daniel Burrows (2018) on tutkinut sairaaloiden sosiaalityön lakisääteistä roolia sekä sitä, miten sosiaalityöntekijöiden työpanos sopii osaksi sairaalan moniammatillista kontekstia (Burrows 2018, 3). Tutkimus syventyy sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisiin arvoihin, jotka vaikuttavat heidän työnsä taustalla. Lisäksi tutkimuksessa on havainnointu sosiaalityöntekijöiden suhtautumista johtamisrakenteisiin sekä sosiaalityöntekijöiden kokemaa vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä. Burrows nostaa esille sosiaalityöntekijöiden vapauden suunnitella ja työskennellä luovasti, käyttäen erilaisia teorioita sekä resursseja vastaamaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita. Toisin kuin useimmat sosiaalityöntekijät, sairaalan sosiaalityöntekijät eivät työskentele pelkästään yhteiskunnan vähävaraisempien tai heikoimmassa asemassa olevien kanssa, vaan kaikkiin yhteiskuntaluokkiin kuuluvien henkilöiden kanssa. Tämä perustuu siihen, että esimerkiksi monet sairaudet tapahtuvat satunnaisesti henkilön yhteiskunnallisesti statuksesta riippumatta. (Burrows 2018, 9)

Tutkimuksessa on käytetty laadullista etnografista metodologiaa. Etnografia on havainnoinnin ja epävirallisen keskustelun tärkein tietolähde. Burrows on myös valinnut ideografisen lähestymistavan sosiaaliseen tietomaailmaan, jossa teoria on saatu tutkimalla asioita perusteellisesti, ainutlaatuisuutta korostaen (Burrows 2018, 35–38). Tutkimusmateriaali on kerätty havainnoimalla sairaalan sosiaalityöntekijöitä ja suorittamalla teemahaastatteluja täydentämään havainnoinnin kautta kerättyä tietoa. Tutkimuksen vastausten perusteella terveysosiaalityö on erittäin byrokratisoitu ja sosiaalityöntekijän keskeisimpiin tehtäviin kuuluu työskennellä potilaan etuuksien puolesta, ihmisoi-  
keuksien, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja valtuuttamisen kautta. Tutkimuksessa selvisi myös, että sosiaalityöntekijät eivät kuuluneet sairaalaan tyypilliseen hierarkiaan, vaan kokivat työskentelevänsä hierarkian johtavuuden ulkopuolella. (Burrows 2018, 49–50)

Terveysosiaalityössä on myös erilaista haasteita. Deirdre Heenan sekä Derek Birrell (2018) ovat tutkineet, millaisia haasteita sairaalan nopeasti muuttuvat tilanteet ja taloudellisesti ohjautuva il-

mapiiri tuovat terveyssosiaalityöntekijöille. Tutkimus perustuu sosiaalityön kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksiin ja se on suoritettu Pohjois-Irlantilaisessa akuuttisairaалassa. Tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalityön monimuotoisuutta kliinisessä sairaalaympäristössä ja tutkitaan moniammatillisen yhteistyön hyötyjä sekä haasteita (Heenan & Birrell 2018, 1741). Samoin kuin Suomessa, Isossa-Britanniassa sairaalapohjainen sosiaalityö on oleellinen osa potilaan hoivaa ja huolenpitoa. Sosiaalityöntekijä tarjoaa sairaille ja haavoittuvaisille potilaille henkilökohtaista apua ja tukea muuttuvissa sekä vaikeissa elämäntilanteissa (Heenan & Birrell 2018, 1742–1743). Tutkimus suoritettiin haastatteleamalla 33 sosiaali- ja terveysalan työntekijää, joista 13 oli sairaalasosiaalityöntekijöitä, kuusi sosiaalityöntekijää kunnan sosiaalitoimessa, kolme sosiaalityöntekijää johtavissa tehtävissä, viisi sairaanhoitajaa, kaksi toimintaterapeuttia, kaksi fysioterapeuttia, kaksi yleislääkärää sekä yksi geriatrisen lääketieteen konsultti. Haastattelujen tarkoituksena oli selvittää erilaisia näkökulmia terveyssosiaalityöntekijän roolista, erityisesti heidän työpanoksestaan sairaalaan moniammatillisessa yhteistyössä (Heenan & Birrell 2018, 1746). Tutkimustulokset näyttävät, että sairaalapohjainen sosiaalityö on hyvin moniulotteista ja palkitsevaa, mutta samalla tunnepitoisesti tyhjentävää. Sosiaalityöntekijöiden panos moniammatillisessa työssä on sujuvinta, mikäli muutkin ammattiryhmät ymmärtävät mitä sosiaalityön työkuvaan kuuluu.

Bachchu Kailash Kaini on tutkinut sitä, miten terveydenhuollon ammattilaiset tekevät yhteistyötä ja samalla arvioinut ammattilaisten käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä. Tutkimuksen fokuksena oli terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden ammatillinen valta, identiteetti ja autonomia (Kaini 2018, 1–4). Kaini käytti laadullista tutkimusmenetelmää ja analysoi materiaalinsa ammattiteorian voimaperspektiiviä huomioiden. Tutkimus on tehty laadullista tapaustutkimusta (“case study”) käyttäen ja puoliksi jäsenneltyjä haastatteluista suoritettiin kolmessa nepalilaisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 38 terveydenhuollon ammattilaista. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että ammattien väliset työskentelytavat on tutkituissa sairaaloissa ymmärretty, tunnistettu ja niitä arvostetaan, vaikka työskentelytapa on melko uusi. Organisaatiotasolla tuki moniammatilliselle yhteistyölle on hyvin vähäistä, mutta kliiniset johtajat ja sairaalan johto edistävät ammattien välistä työskentelyä ja kehittävät tälle vankat rakenteet. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että ammattilaiset suorittavat erilaisia rooleja, omaavat erilaisia arvoja, ovat eri asemassa ja kantavat erilaista vastuuta, mutta moniammatillinen yhteistyö sujuu näistä eroavaisuuksista huoli-

matta. Yhteistyön sujuvuus perustuu ammattilaisten tietoisuuteen ryhmätyön haasteista, tietoisuuteen omasta ammattitaidoista sekä muiden ammattilaisten osaamisen, kulttuurin ja arvojen arvostamiseen. (Kaini 2018, 286)

Aikaisemmin mainittu Riina Helin (2016) on tutkinut, miten onnistunut moniammatillinen yhteistyö tuodaan esiin terveysosiaalityöntekijöiden kirjoituksissa. Helin analysoi tutkimuksessaan terveysosiaalityöntekijöiden kuvauksia siitä, mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön edellytykset ja miten yhteistyötä toteutetaan onnistuneesti (Helin 2016, 1). Helinin tutkimusmateriaali koostuu tutkija ja yliopistolehtori Anna Metterin keräämästä terveysosiaalityöhön kohdistuvasta aineistosta, joka liittyy sosiaalityön asemaan, tehtäviin, asiantuntijuuteen sekä moniammatilliseen työnjakoon ja yhteistyöhön. Aineisto on analysoitu käyttämällä teoriaohjaavaa analyysimenetelmää (Helin 2016, 43). Tutkimustulokset osoittivat, että asiakkaat, yhteistyötä tekevät ammattilaiset, organisaatio sekä palvelun tuottaja hyötyvät tavalla tai toisella moniammatillisesta yhteistyöstä. Moniammatillinen yhteistyö kasvattaa asiakkaan edun toteutumista ja organisaation tai palveluntuottajan näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö edistää organisaation tavoitteiden toteutumista. Työntekijöiden näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö tuo työskentelyyn positiivisia kokemuksia sekä ammatillista kehittymistä. (Helin 2016, 77)

## 5.2. Moniammatillisuus organisaatiossa

Tony Smith, Sally Fowler-Davis, Susan Nancarrow, Steven Mark Brian Ariss ja Fam Enderby ovat tutkineet moniammatillisen yhteistyön johtajuuden merkitystä sosiaali- ja terveystieteen työskentelyssä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on tehokkaan johtamisen luonne. Tutkimuksessa on kriittisesti arvosteltu tutkimuskirjallisuutta, käyttäen systemaattista menetelmää tutkimuskehyksen tunnistamiseksi ja rakentamiseksi (Smith, Fowler-Davis et al. 2018, 1–3). Tutkitussa kirjallisuudessa on havaittu, että moni eri tekijä vaikuttaa parempaan tiimin johtamiseen. Tavallisimmat tekijät keskittyvät tavoitteisiin, kuten organisaation tavoitteiden saavuttaminen, suorituskyvyn hallinta, ulkoisten suhteiden hallinta sekä tekninen asiantuntijuus. Johtajuuden merkitys moniammatillisessa yhteisössä on edistää muutosta, tukea luovuutta ja innovaatiota.

Tutkijat huomasivat kirjallisuudessa käsitteet *“empowerment”* sekä *“team building”*, jotka kuvaavat hyvin tärkeitä ominaisuuksia johtajuudessa. Tutkimuksessa esiintyi myös ongelmakohtia,

kuten se, että hyvä tiimityöskentely ei aina tuottanut hyvää tulosta ja toisin päin, huonosta tiimityöstä huolimatta saavutettiin hyviä potilaskokemuksia. Myös moniammatillisen ryhmän koko toi haasteita ryhmätyöskentelyyn. Tutkijoiden mukaan kirjallisuudesta puuttui kuitenkin näkemys siitä, miten terveydenhuollossa lisääntyvät epäpätevien ammattilaisten tehtävät vaikuttavat moniammatilliseen yhteistyöhön. Henkilökohtaisesti kiinnostuin tutkimuksen havainnosta, jonka mukaan moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa poikkeaa muista moniammatillisista kokoonpanoista ainutlaatuisen kontekstinsa vuoksi. (Smith, Fowler-Davis et al. 2018, 14–15)

Havainnollistamalla työolosuhteiden ja työskentelyn sosiaalisia prosesseja terveydenhuollossa voidaan ymmärtää paremmin hoidon tarjontaa. Tutkijat Deborah DiazGranados, Alan W Dow, Nital Appelbau, Paul E. Mazmanian ja Sheldon M. Retchin (2017) ovat tutkimuksessaan huomanneet, että ammattiryhmien välisen yhteistyön nähdään parantavan työn laatua, olevan kustannustehokasta ja parantavan potilaskokemusta. On kuitenkin vain vähän tutkittu, miten konteksti vaikuttaa ja muokkaa ammattien välisiä käytäntöjä sekä interventioita. Tutkimuksessa käytettiin “case study”-mallia, jonka perusteella tutkijat pyrkivät saamaan kuvan potilaan hoidosta kolmessa eri ympäristössä; kuntoutuksessa, akuuttihoiossa sekä päivystyksessä. Tutkimuksen osallistujat haastateltiin puolijärjestelmällisen haastattelumenetelmän avulla ja vastauksia analysoitiin induktiivisella sisältöanalyysimenetelmällä. Induktiivinen analyysimenetelmä perustuu organisaatiotieteen työteorioihin sekä ammattien välisiin käytäntöihin. Tutkittavien ympäristöjen käytännön työprosessit vaihtelivat huomattavasti. Kuntoutuksessa tiedonvaihto oli lääkärikeskeistä ja ihmissuhteet koettiin hyvin tärkeiksi. Työ koettiin kilpailuhenkiseksi ainoastaan päivystyksessä. Ympäristöjen väliset erot identifioivat tiettyjä näkemyksiä siitä, miten konteksti itsessään muodostaa ammattien välistä yhteistyötä. (DiazGranados, Dow, Appelbaum et al, 2017)

Rachelle Ashcroft ja Trish Van Katwyk ovat tutkineet biolääketieteellistä paradigmaa ja tämän vaikutusta sosiaalityön käytäntöihin. Tutkijoiden tavoitteena oli selvittää, millaisia haasteita biolääketieteen paradigma asettaa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden saavuttamiselle. Lisäksi tavoitteena oli selvittää yleisesti paradigman vaikutusta sosiaalityöhön sekä etenkin terveydenhuoltoympäristöön. Tutkijoiden mukaan työn kehittämisen tavoitteena on, että sosiaalityöntekijä olisi tietoinen biolääketieteellisten paradigmojen vaikuttavuudesta työhön sekä työympäristöön, jotta voisivat paremmin vaikuttaa muutoksiin (Ashcroft & Trish Van Katwyk, 2016). Paradigmalla tar-

koitetaan tietyn yhteisön jakamaa kokonaisuutta, johon useimmiten liittyy erityisosaamista, arvoja, uskomuksia ja taitoja. Tämä yhteisö voi olla esimerkiksi ammattiryhmä, joka on omaksunut tietyn paradigman ja harjoittaa työtään tämän mukaisesti. Yhteisö voi jatkaa tietyn paradigman mukaisesti, koska paradigma on sekä yhteisön jäsenten, että myös yleisön hyväksymä. Paradigmalla voidaan myös tarkoittaa tiettyä menettelytapaa, josta on tullut yleinen käytäntö ja jota sovelletaan ratkaisuna tiettyyn ongelmaan. Tämä menettelytapa kuvaa objektiivisesti tapauksia, joihin paradigma on helposti soviteltavissa. Paradigmasta puuttuu yksilöllisiä ja subjektiivisia ratkaisuja, jotka ovat esimerkiksi ihmisläheisessä työssä erittäin tärkeitä (Achcroft & Trish Van Katwyk, 2016).

### 5.3. Moniammatillinen viestintä

Erika Lokatt, Charlotte Holgersson, Monica Lindgren, Johann Packendorff sekä Louise Hagander (2019) kirjoittavat artikkelissaan ”*An interprofessional perspective on healthcare work: physicians and nurses co-constructing identities and spaces of action*” siitä, miten teoriassa ammatillinen identiteetti rakentuu moniammatillisessa organisaatioympäristössä ja vuorovaikutuksessa. Tutkimus on tehty ruotsalaisessa sairaalassa ja korostaa sitä, miten moniammatillinen tiimityö on terveydenhuollossa erityisen monimutkaista ja epäselvää. Tutkijat painottavat päällekkäistä osaamista, epäselvää vastuunjakoa sekä lisääntyntä hierarkiaa. Tutkimuksen selvitetään, miten ammatilliseen identiteettiin vedotaan jokapäiväisessä työvuorovaikutuksessa. Tiedon keräämiseen on käytetty haastatteluita sekä havainnointia, jonka jälkeen tieto on laadullisesti analysoitu. Kommunikaatiossa eri ammattiryhmien välillä huomattiin ammattilaisten välinen jako sekä erilaisia valtasuhteita, jotka aiheuttivat esteitä ammattilaisten väliseen yhteistyöhön (Holgersson & Lindgren et al. 2019).

Myös tutkijat Thomson, Outram, Gilligan ja Levett-Jones ovat tutkineet viestintää sekä ammattilaisten välistä yhteistyötä terveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 68 vastavalmistunutta farmasian, sairaanhoidon sekä lääketieteen tutkinnon suorittanutta henkilöä, kolmesta eri osavaltiota Australiassa. Tutkimuksen keskipisteessä oli moniammatillisen yhteistyön merkitys opiskelussa ja miten tämä vaikuttaa käytännön kenttätööhön (Thomson, Outram, Gilligan & Levett-Jones 2015, 634). Tutkimusmateriaali kerättiin puolijärjestelmällisissä fokusryhmäkeskusteluissa. Keskustelut nauhoitettiin ja transkriptoitettiin, koodattiin ja analysoitiin (Thomson, Outram,

Gilligan & Levett-Jones 2015, 636). Tutkimustulokset osoittivat, että ihmisille luonnollista tapaa ajatella yksilönä identiteettiä ja tavoitteita, on ohjattava kohti joukkueidentiteettiä ja yhteisiä tavoitteita. Tutkimuksessa kävi ilmi, että työskentely kohti tavoitteita ja suorituksia oli tavallisempaa kuin potilaslähtöinen työskentely. Osallistujat mainitsivat tutkimuksessa myös ammattilaisten erilaiset stereotyypit, hierarkian ja ammattien välisen kilpailun. Kaikki osallistujat olivat sitä mieltä, että parempi ymmärtäminen ammattien välisistä rooleista auttaisi heitä ja lisäisi todennäköisyyttä konsultoida muita ammattilaisia omassa työssään.

Viestintää käsittelee myös Ami Bhatt ja Anne Mitchell (2014), jotka pyrkivät selvittämään, mitkä ovat tärkeimmät komponentit toimivaan kommunikaatioon moniammatillisten ryhmien jäsenten välillä, erityisesti kliinistä ja ei-kliinistä työtä tekevien välillä. Tutkijat tuovat esiin kommunikation moniulotteisuuden, missä kommunikaatio voi olla niin sanallista tai sanatonta, negatiivista tai positiivista sekä tehokasta tai tehotonta. Kommunikatio voi myös välittyä toisille symbolien tai käyttäytymisen kautta (Bhatt & Mitchell 2014, 1). Tutkimuksessa käytetty materiaali kerättiin kirjallisen kyselylomakkeen avulla ja tähän käytettiin kuvaavaa mallia työntekijöiden näkemyksistä sen suhteen, mikä on tehokasta ja mikä tehotonta viestintää. Tutkimukseen osallistujia oli yhteensä 19. Projektissa pyrittiin myös kehittämään uusi tutkimusväline edellä mainittujen tietojen mittaamista varten (Bhatt & Mitchell 2014, 8–9). Tutkimuksen tulosten mukaan tärkeintä moniammatillisessa vuorovaikutuksessa on ryhmän jäsenten luottamus toistensa ammattitaitoon sekä ryhmän jäsenten tasavertaisuus. Myös huolenaiheiden tunnistaminen henkilöstön keskuudessa nostettiin merkitykselliseksi. Lisäksi laitoksen ja organisaation tuki koettiin hyvin tärkeäksi. Osallistujat kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivuuden kriittiseksi potilaan hyvän hoidon saavuttamisen näkökulmasta (Bhatt & Mitchell 2014, 13).

## 6. Teoria

Tässä luvussa esittelen tarkemmin aiemmin luvun kaksi ”Tutkimuskysymykset” yhteydessä mainitun teorian, joka on toiminut tutkimukseni viitekehysenä. Viitekehys on lainattu San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden tutkimuskatsauksesta, jossa tutkijat määrittelivät moniammatillisen yhteistyön perustekijät kolmeen eri osioon; 1) Systemiset determinantit 2) Organisaatiokulttuuri ja 3) Tiimin interaktio. Valitsemani viitekehys perustuu aikaisempiin tutkimuksiin sekä omaan näkemykseeni siitä, mitkä asiat moniammatilliseen työhön kaikkein keskeisimmin vaikuttavat. Myös syventävien tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että mainituilla tekijöillä on painava merkitys moniammatillisen yhteistyön käytäntöihin (Bhatt & Mitchell 2014, Helin 2016, Sipilä 2011).

San-Martín Rodríguezin ja kumppaneiden esittämää teoriaa täydentävänä käsittelen ja nostan jäljempänä esiin myös muiden tutkijoiden, kuten Derek Layderin sekä Sari Kuuselan ja Katariina Mönkkösen esittämiä teorioita ja näkemyksiä. Näiden teorioiden tarkoituksena on täydentää ja syventää valitsemaani viitekehystä.

### 6.1. Systemiset determinantit

Systemiset determinantit viittaavat organisaation ulkopuolelta vaikuttaviin elementteihin. Näihin elementteihin voidaan laskea esimerkiksi sosiaaliset, kulttuuriset, koulutus- sekä ammatilliset komponentit. Sosiaalisista tekijöistä ammatillisessa kontekstissa voidaan nostaa esiin valtaerot, jotka vaikuttavat siihen, miten yhteistyö eri ammattiryhmien välillä kehittyy. Yleisesti voidaan esittää, että hierarkia on jotain, joka syntyy organisaation sisällä. San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden mukaan, ammattilaisten välinen eriarvoisuus voi perustua kuitenkin muun muassa sukupuolistereotypioihin sekä erilaisiin sosiaalisiin asemiin yhteiskunnassa ja tämän perustella hierarkioita syntyy jo organisaation ulkopuolella (San Martín-Rodríguez et al 2005, 134). Tässä tutkimuksessa käsittelen hierarkiaa lähtökohtaisesti siis ulkopuolisena tekijänä, vaikka sillä on usein käytännössä yhtymäkohtia organisaation sisäiseen toimintaan ja käytäntöihin.

Vallan epätasainen jakautuminen on myös yksi sosiaalinen tekijä, joka vaikuttaa työskentelyyn, niin eri ammattiryhmien välillä kuin myös hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä. Yhteiskunnan kulttuuriset erot sekä ammattien väliset kulttuuriset erot vaikuttavat omalta osaltaan moniammatilliseen yhteistyöhön. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan monikulttuurinen työympäristö on rikkaus monessa mielessä, mutta voi samalla luoda haasteita tiimityöskentelyyn. Erilaisissa tiimeissä ja jopa kouluissa autonomiaan kannustaminen voi enemmänkin tukea individualismia yhteistyökäytäntöjen edistämisen sijaan. Ammatilliset komponentit perustuvat siihen, että ammatillisuuden ominaisuus on pikemminkin tiedon ja taidon yksilöllinen hallinta kuin kollegiaalisuus sekä luottamus toisiin ammattiryhmiin ja heidän pätevyyteensä. (San Martín-Rodríguez et al 2005, 134–137)

Ammatillisuuden prosessi perustuu siihen, että henkilö perehtyy ammatin luonteeseen kuuluviin filosofioihin, teorioihin ja arvoihin, jotka vastaavat ammattia. Koulutusjärjestelmä vaikuttaa tähän omalta osaltaan, sillä koulussa luodaan pohja vahvalle ammatilliselle henkilöllisyydelle. Kouluissa usein opetetaan hyvin vähän, jos ollenkaan, mitä muiden ammattiryhmien asiantuntijuus on. Tämä on tutkimuksien mukaan yksi tärkeimmistä esteistä terveydenhuollon moniammatilliseen yhteistyöhön (San Martín-Rodríguez et al 2005, 137).

Derek Layder (2005) puhuu omassa sosiaalitieteellisessä tutkimuksessaan ”makrotasosta” sekä kontekstuaalisista resursseista. Nämä havainnot kattavat laajamittaisia ilmiöitä, kuten esimerkiksi ihmisryhmien ja resurssien jakautuminen yhteiskunnassa, perustuen esimerkiksi etniseen alkupe-  
rään, yhteiskuntaluokkaan tai sukupuoleen sekä toisaalta kulttuuriresurssien kehittyminen ja ker-  
tyminen (Layder 2005, 1–2 sekä 154). Layderin macrotason kuvaus vastaa pitkälti San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden teorian kuvausta systeemisistä determinanteista.

## 6.2. Organisaatiokulttuuri

Sari Kuusela (2015) kuvaa organisaatiokulttuuria jäävuoreksi. Vuoren huippu on se, mitä työntekijät sekä ulkopuoliset ihmiset näkevät. Huippu on siis se, mitä organisaatiosta voidaan nähdä, lukea ja kuulla. Huipun alta löytyy jäävuoren jalusta, joka koostuu kirjoittamattomista ja jopa tie-



dostamattomista tavoista, normeista sekä säännöistä, jotka ovat kuitenkin kaiken toiminnan perusta. Kulttuurin keskeisin tehtävä on luoda ja ohjata toimintatapoja sekä malleja, joiden avulla voidaan saavuttaa tavoitteita sekä ratkoa päivittäisiä tilanteita (Kuusela 2015, 13).

Ammattien välinen yhteistyön edellytyksenä on suotuista organisaatiokulttuuri. Organisaatiokulttuuri kätkee sisäänsä jäsentensä tiedostamattomat, mutta samalla itsestään selvät perusoletukset sekä uskomukset, jotka yhdistävät yhteisön jäseniä. Organisaation kulttuuri perustuu yhteisiin arvoihin ja opittuihin tapoihin sekä käytäntöihin, joiden avulla pyritään sopeutumaan ympäristöön, suoriutumaan haasteista sekä pitämään yhteisö yhtenäisenä. Kulttuurin tavat ja opit ohjaavat teke- mistä sekä käyttäytymistä ja niistä syntyy herkästi jopa yhteisön tunnusmerkki. Tämä yhteisöllisyys on kulttuuri itsessään ja se on jotain suurempaa kuin ilmapiiri, työskentelytavat tai säännöt. (Kuusela 2015, 13)

Kulttuuri määrittää myös ilmapiiriä sekä ihmissuhteita ja vaikuttaa näin myös hierarkiaan työpaikalla. Vaikka organisaatiot ovat viime vuosina panostaneet tasa-arvon edistämiseen, statuksella ja hierarkialla on silti edelleen oma merkityksensä, koska hierarkia syntyy ja määrittyy osaltaan jo organisaation ulkopuolella. Hierarkialla tarkoitetaan “arvojärjestystä”, joka perinteisesti pohjautuu sosiaaliseen asemaan, asiantuntijuuteen sekä senioriteettiin (Kuusela 2015, 90–91 & San Martín-Rodríguez et al 2005, 134).

Organisaatio määrittelee tiimityöskentelyn ympäristön, kuten rakenteen ja filosofian sekä tiimin resurssit, hallinnollisen tuen ja viestintä- sekä kommunikaatiovälineet. Onnistuneen moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on siirtyä perinteisestä hierarkkisesta organisaatiokulttuurista uuteen itseohjaavaan järjestykseen, missä jaettu päätöksenteko sekä avoin ja suora viestintä edistävät yhteisöllisiä käytäntöjä.

Organisaation toiminnalla on vahva vaikutus myös organisaation sisällä tapahtuvaan kommunikaatioon. Moniammatillinen vuorovaikutus saavutetaan vasta, kun vuorovaikutukselle tehdään aikaa ja tilaa. Tämä tarkoittaa sitä, että tiimin ammatillisilla on käytettävissä riittävästi aikaa jakaa toisilleen tietoa sekä oppia tuntemaan toisensa ja kehittää samalla ihmissuhteita. Tämän lisäksi fyysisesti läheinen työskentely ja tilojen jakaminen edesauttavat moniammatillista yhteistyötä vähentämällä ammatillista alueellisuutta. Moniammatillinen yhteistyö on parempaa pienissä tiiviissä

työyhteisöissä, joissa eri alan ammattilaiset ovat fyysisesti lähempiä toisiaan. Yhteistyön käytäntöjen osalta on myös tärkeää, että käytössä on asianmukaisia viestintävälineitä. Dokumentaatio, istunnot ja kokoukset ovat olennainen osa viestintää eri ammattiryhmien välillä. (San Martín-Rodríguez et al 2005, 139–40; Prescott & Bowen 1985, 129–130)

San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden mukaan työilmapiiri on ratkaisevassa asemassa onnistuneen yhteistyön saavuttamiseksi (San Martín-Rodríguez et al 2005, 138–139). Yhteistyön toteuttaminen vaatii kuitenkin myös hallinnollista tukea. Johtajan ja esimiehen rooli on välittää työntekijöille näkemys yhteistyökäytännöistä, motivoida ammattilaisia tiimityöskentelyyn sekä luoda kannustava organisaatioympäristö, jossa moniammatillista työtä on luontevaa tehdä (San Martín-Rodríguez et al 2005, 138–139).

### 6.3. Tiimin interaktio

Tiimin interaktio kuvaa niin sanottua ”mikrotasoa” mikä on ”makrotason” (systemiset determinantit) vastakohta. Mikrotasolla tarkoitetaan yksityiskohtaisempaa näkökulmaa, esimerkiksi kasvokkain tapahtuvaa kommunikaatiota sekä käyttäytymistä (Layder 2005, 13–14).

Kaarina Mönkkönen puhuu kirjassaan ”Vuorovaikutus asiakastyössä” (2018) osaamisen eri ulottuvuuksista. Nämä ulottuvuudet ovat substanssiosaaminen, prosessiosaaminen sekä vuorovaikutusosaaminen. Sosiaali- ja terveysalalla substanssiosaaminen on hyvin olennainen osa moniammatillisuutta. Kaikki ammattiryhmät tuntevat perusteellisesti oman alansa ja siihen liittyvän lainsäädännön, työmenetelmät, teorit sekä käsitteet (Mönkkönen 2018, luku 2:2).

Sairaalamaailmassa osaaminen jakautuu hyvin selkeästi. Sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluu hoidollisten menetelmien tunteminen, sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvien syy-yhteyksien tunnistaminen sekä hoitotyöhön liittyvien teorioiden hallitseminen. Sosiaalityöntekijän keskeisin asiantuntemus perustuu lainsäädäntöön, palvelujärjestelmien ja hoitoon liittyvien teorioiden tuntemiseen sekä yhteiskunnan ilmiöiden havainnointiin. Sosiaalityöntekijä on myös vuorovaikutusmenetelmien ammattilainen. Terapeuttien keskeisin asiantuntemus on kuntoutuksessa ja siihen liittyvissä prosesseissa sekä arviointimenetelmissä ja asiakkaan / potilaan omien voimavarojen

tunnistamisessa. Lääkäreiltä taas odotetaan lääketieteellistä osaamista. Näin ollen kaikkien toimialojen edustajat pystyvät keskittymään omaan tekemiseensä, mutta kokonaisvaltaista hoitoa ei synny ilman ammattilaisen ammattiosaamista. Kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi tarvitaan siis mahdollisimman hyvää moniammatillista yhteistyötä (Mönkkönen 2018, luku 2:2).

Eri asiantuntijoiden suhde esimerkiksi potilaisiin jakautuu epätasaisesti erilaisen asiantuntijajiedon ja asiantuntemuksen vuoksi. Asiantuntijan osaaminen asettaa hänet auktoriteettiasemaan potilaisiin nähden. Asiantuntijuus voi kuitenkin osoittautua turhaksi tai riittämättömäksi, mikäli asiantuntijalla on puutteelliset vuorovaikutustaidot, eikä tämä pysty esimerkiksi motivoimaan tai sitouttamaan potilasta hoitoon tarvittavalla tavalla. Lääkärillä voi olla erinomainen lääketieteellinen asiantuntemus ja hän voi hallita hoidolliset menetelmät täydellisesti, mutta työ ei tuota tulosta, mikäli lääkäri ei pysty motivoimaan potilasta hoitoon ja huomioimaan hänen elämäntilannettaan kokonaisuutena (Mönkkönen 2018, luku 2:2).

Kuten edellisessä luvussa mainittua, organisaatiossa luodaan viestintämekanismeja, jotka osaltaan määrittävät kommunikaatiossa käytettäviä välineitä. Tiimitasolla kommunikaatio ja viestintä perustuvat puolestaan ennen kaikkea ihmissuhteisiin, halukkuuteen tehdä yhteistyötä, keskinäiseen luottamukseen, ammattiryhmien väliseen kunnioitukseen sekä käytännön viestintään (San Martín-Rodríguez et al 2005, 141).

Tiimitasolla vuorovaikutusta määrittää vahvasti vuorovaikutusosaaminen. Vuorovaikutusosaaminen sisältää kaikki ne taidot, jotka tarvitaan kommunikointiin sekä erilaisten ihmissuhteiden luomiseen. Tässä kontekstissa vuorovaikutus ei tarkoita pelkästään suullista kommunikaatiota, vaan myös edellä mainittuja viestintämekanismeja. Painopisteenä tulee olla myös viestinnän ja vuorovaikutuksen selkeys, tarkkuus ja ymmärrettävyys. Vuorovaikutusosaaminen viittaakin yleisesti siihen, että pystyy välittämään viestin eteenpäin niin, että vastaanottaja ymmärtää viestin sisällön. Tämä voi kuulostaa itsestään selvältä, mutta tilanteesta riippuen, viestinnässä voi olla hyvin monenlaisia haasteita. Haasteita vuorovaikutukseen tuovat erilaiset ihmissuhteet sekä asiakkaiden muuttuvat ja monesti vaativat sekä haastavat elämäntilanteet, jotka voivat aiheuttaa erilaisia vaikeita tunnetiloja. Vuorovaikutusosaaminen edellyttääkin hienosäätöjen ymmärtämistä sekä rivien välistä lukemista. (Mönkkönen 2018, luku 2:2)

Vaikka moniammatillinen työskentely on useimmiten osa organisaation rakenteita ja standardisoitu työskentelytapa terveydenhoidossa, yhteistyö on kuitenkin luonteeltaan vapaaehtoista. Tämä tarkoittaa, että jokaisen ammattilaisen tulee olla halukas sitoutumaan yhteistyöprosessiin. Tässä yhtälössä tunne tiimiin kuuluvuudesta on keskeinen indikaattori ja vaikuttava tekijä suhteessa yksilön haluun osallistua tiimityöskentelyyn. Moniammatillinen yhteistyö on hyvin pitkälti riippuvainen tekijöistä, osallisten koulutuksesta, työkokemuksesta sekä kypsyydestä ja iästä. Yhteistyön kehittämisen osalta on olennaista, kuinka vastaanottavainen henkilö on yhteistyölle sekä kuinka sitoutuneita ammattilaiset ovat yhteistyöhankkeeseen. Yhteistyöhalukkuuteen on vaikuttaa myös esimerkiksi ammatilliset odotukset yhteistyöstä. (San Martín-Rodríguez et al 2005, 141)

Luottamus omaan ammatilliseen rooliin sekä luottamus muihin ammattilaisiin ovat avaintekijöitä yhteistyökäytäntöjen luomisessa. Luottamuksen rakentaminen ammattiryhmien välillä vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä ja on useimmiten yhdistettävissä osallisten pätevyyteen, taitoihin sekä aikaisempiin kokemuksiin. Yhteistyötilanteissa on luontevaa, että käännytään kokeneempien ja pätevimpien kollegojen puoleen. (San Martín-Rodríguez et al 2005, 141)

Kommunikaation avulla ammattilaiset välittävät tietoa toisilleen, osallistuvat tiimin tavoitteiden luomiseen sekä tuloksiin. Kommunikaation avulla oman työpanoksen näkyvyys korostuu ja samalla henkilöt kokevat vahvempaa yhteisöllisyyttä tiimin kanssa. Kommunikaatio on myös väline, jonka avulla ammattilaiset välittävät toisilleen luottamusta, arvostusta sekä jakavat osaamista. Moniammatillinen tiimi on riippuvainen toistensa ammattiosaamisesta. Puutteet ammatillisessa panoksessa, kunnioituksessa tai arvostuksessa voivat helposti muodostua esteiksi ammattilaisten väliselle yhteistyölle. Kommunikaatio ammattiryhmien välillä on ainoa keino parantaa prosesseja kliinisen tiedon jakamiseksi ja se vaikuttaa konkreettisesti potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. (San Martín-Rodríguez et al 2005, 141–142)

## 7. Tutkimuksen toteuttaminen

Tässä luvussa käyn läpi tutkimukseni empiirisen osuuden toteuttamista sekä aineiston analyysiprosessia. Lisäksi käsittelen käyttämiäni analyysimenetelmiä, koska keräämäni materiaali koostuu niin laadullisesta kuin määrällisestä tiedosta.

### 7.1. Aineisto ja menetelmä

Kyselytutkimus tutkimusmenetelmänä soveltuu hyvin monipuolisesti eri aloille. Se on myös hyvä tapa tavoittaa suuri joukko ihmisiä suhteellisen helposti. Kyselytutkimus pohjautuu siihen, että tutkija esittää kysymyksiä vastaajille kyselylomakkeen välityksellä. Kyselylomake on tutkimusvälineenä monipuolinen ja soveltuu hyvin niin mielipidetiedusteluihin, palautemittauksiin kuin myös syvempiin yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisiin tutkimuksiin (Vehkalahti 2019, 11).

Kyselytutkimuksen vastauksia ei ole aina helppo tulkita, vertailla tai mitata. Monet ilmiöt ovat moniulotteisia, joka saattaa tuoda haasteita etenkin kyselylomakkeen tekoon sekä tutkimukseen valmistautumiseen. Haasteet voivat olla monenlaisia ja ne voivat liittyä esimerkiksi kyselyn kohdejoukon kokoonpanoon, tiedonkeruuseen, vastauksien määrään sekä vastausten kattavuuteen ja luotettavuuteen.

Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä määrällisesti sekä laadullisesti mitattavia tietoja, vaikka vastaukset koostuisivatkin sanallisesta sisällöstä. Kyselytutkimuksesta saa eniten irti yhdistämällä määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän. Laadullisia menetelmiä käyttäen kootut materiaalit voivat olla antoisampia analysoida, mutta vastaukset voidaan määrällisesti tiivistää esimerkiksi erilaisiin visuaalisiin taulukoihin. (Vehkalahti 2019, 12–13)

Kyselytutkimuksen lopputuloksen sekä onnistumisen osalta vastaajille lähetettävällä kyselylomakkeella on huomattava merkitys ja siihen panostaminen on tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin merkittävää. Ratkaisevaa on, että kyselylomake on kokonaisuutena houkutteleva ja kiinnostava vastaajan näkökulmasta, mutta samalla tilastollisesti toimiva tutkijan näkökulmasta (Vehkalahti 2019, 20).

Suunnitelmani oli soveltaa ensisijaisesti laadullista mutta myös määrällistä menetelmää kyselytutkimukseni teossa. Tutkimusmateriaalini koostuu tiedoista, jotka on kerätty sähköisen kyselytutkimuksen kautta. Sähköinen kysely lähetettiin kaikille HUS:n Sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä työskenteleville sosiaalityöntekijöille, yhteensä 63 henkilölle. Tavoitteenani oli saada kyselytutkimukseen vähintään noin 30–40 vastaajaa, jotta sitä voidaan pitää edustavana siinä joukossa, jolle kysely kohdennetaan. Kyselyyn vastasi yhteensä 35 henkilöä.

Tutkimusmateriaali kerättiin kyselylomakkeen avulla, jonka lähetin kaikille sosiaalityöntekijöille HUS:n Sisätaudit- ja kuntoutusyksikössä. Kyselylomakkeessa ei kysytty henkilötietoja tai tietoja, joiden perusteella vastaajan voisi tunnistaa. Kyselylomakkeen tekemiseen käytin ”Google Forms”-sovellusta. Kyselyyn saadut vastaukset keräsin ”Google pilveen”, johon pääsee kirjautumaan ainoastaan henkilökohtaisilla käyttäjätunnuksilla. Koin, että tämä oli turvallinen tapa säilyttää tutkimusmateriaalia tutkimuksen aikana.

Kyselylomake koostui saatekirjeestä sekä neljästä kyselyosiosta. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kuvattiin kyselyn tarkoitus, aikataulu sekä osallistujan oikeus itse valita, osallistuuko kyselyyn vai ei. Kyselyn neljä osiota perustuivat määriteltyyn teoreettiseen kehykseen. Ensimmäisessä osiossa tarkastellaan vastaajien taustatietoja. HUS:n Sisätaudit- ja kuntoutus -yksikkö on melko pieni ja tiivis yhteisö. Tämän vuoksi kyselylomakkeen taustatietokysymykset laadittiin siten, että vastaajien identiteettiä voidaan suojata tarkoituksenmukaisella ja mahdollisimman varmallalla tavalla. Osio kaksi keskittyi yleisesti moniammatilliseen yhteistyöhön sekä yhteistyön käytäntöihin osana terveysosiaalityötä. Kolmannessa osiossa tarkasteltiin moniammatillista yhteistyötä ja moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä organisaatiotasolla. Viimeisessä, eli neljännessä osiossa keskityttiin siihen, miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu vastaajan omassa työssä ja miten vastaaja on yhteistyön onnistumisen kokenut.

Kyselytutkimuksessani käytin niin sanottua ”mixed methods” -menetelmää, jossa vastauksia kerätään laadullisessa sekä määrällisessä muodossa. Suurin osa kysymyksistä oli laadullisia, avoimia kysymyksiä, liittyen vastaajan näkemyksiin sekä kokemuksiin. Kysymykset oli järjestetty tutkimusteemojen tapaan kolmeen tasoon, organisaatio-, ryhmä- ja yksilötasoa koskeviksi. Päädyin ”mixed methods”-menetelmään lukemalla väitöskirjoja, jotka olivat käyttäneet niin laadullista kuin määrällistä materiaalia tutkimuksissaan. Esimerkiksi tutkijat Angelin (2009) sekä Samuels-

son (2015) ovat molemmat käyttäneet laadullista ja määrällistä tietoa omissa tutkimuksissaan. Tutkijat kokivat ”mixed methods”- menetelmän hyödyiksi erityisesti sen, että tutkijoiden lisäksi erityisesti tutkimuksen lukijat saavat syvemmän käsityksen tutkimusalueesta sekä kerätystä tutkimusmateriaalista. Samuelsson (2015) korostaa, että erityisesti monimutkaiset tutkimusalueet hyötyvät ”sekamenetelmistä” saadakseen enemmän monimuotoisuutta vastauksissa, jotta tutkimusaihetta voidaan analysoida useista eri näkökulmista. Tilastojen lisänä esimerkiksi avoimet kysymykset antavat määrälliselle sisällölle enemmän syvyyttä ja päinvastoin.

Saamani laadullisen tiedon analysointiin olen käyttänyt temaattista sisältöanalyysia, joka on laadullinen tutkimusmenetelmä. Temaattinen sisältöanalyysi on menetelmä, jota käytetään teemojen, toistuvien kuvioden tai ilmiöiden tunnistamiseen ja raportointiin sekä analysointiin. Menetelmänä temaattinen sisältöanalyysi mahdollistaa teoreettisesti joustavan ja saavutettavan lähestymistavan tutkittavaan materiaaliin. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että kuvioden ja ilmiöiden lisäksi tutkija voi analysoida myös käytetyn kielen merkityksen eikä menetelmä ole kiinnitetty mihinkään tiettyyn teoreettiseen kehykseen. Analyysimenetelmää voidaan katsoa myös konstruktionaalisena menetelmänä, jonka avulla tutkija voi raportoida osallistujien kokemuksia, merkityksiä sekä analysoida vastauksien syvempää merkitystä. (Braun & Clarke 2006, 2–9) Sisältöanalyysin prosessin vaiheisiin kuuluu redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Klusteroinnilla tarkoitetaan aineiston ryhmitteilyä ja abstrahoinnilla teoreettisten käsitteiden luomista. Analyysissä muodostetaan kokonaisvaltainen kuvaus tutkimusaiheesta, kuitenkin aineiston olennaisen tietön ja ominaispiirteitä säilyttäen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 94–119).

Temaattinen sisältöanalyysi on menetelmänä hyvin laaja. Siksi tutkimuksen kannalta on tärkeää esittää selvä teoreettinen kehys sekä avata lukijalle selkeästi tutkimukselle asetettua teemaa. Itse ”teemalla” temaattisessa sisältöanalyysissä tarkoitetaan tärkeää kuviota tai ilmiötä (yhtäläisyyttä), joka yhdistää tutkimusmateriaalin tutkimuskysymykseen. Tärkeää tämän tyyppisessä tutkimuksessa on siis teeman määräytyminen. Braunin ja Clarcken (2006) mukaan teemaa ei voi määrällisesti tai sanallisesti rajata, vaan teema on aina aineiston sisältö suhteutettuna tutkimuskysymykseen. (Braun & Clarke 2006, 9–10)

Sisältöanalyysi on kuitenkin mielipiteitä jakava analysointimenetelmä. Esimerkiksi Salo on kyseenalaistanut vahvasti sisällönanalyysin toimivuutta niin teoreettisena kehyksenä kuin menetel-

mänä (Salo 2015, 170). Tuomi ja Sarajärvi (2009) taas ovat huomauttaneet siitä, että sisällönanalyysiä käyttäen tutkimus saattaa jäädä keskeneräiseksi, mikäli tutkija ei yllä analyysistä huolimatta johtopäätösten tasolle vaan esittelee pelkästään järjestetyn aineiston tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104). On siis erityisen tärkeää sisältöanalyysissä esitellä käsitelty ja analysoitu aineisto sekä aineiston perustella tehdyt johtopäätökset.

Teemojen löytämiseksi olen käsitellyt ja järjestänyt tutkimusmateriaalini toimiviksi ja helpommin käsiteltäväksi kokonaisuuksiksi, koodaamalla vastaukset Atlas TI -ohjelmassa. Atlas TI-ohjelman avulla voidaan muodostaa ja jakaa vastauksissa ilmeneviä teemoja eri värikoodeihin. Tämä avulla niin kutsuttujen ”teemojen” löytäminen ja vastausmäärän hallinta helpottuivat huomattavasti, kun tärkeimmät osat tekstistä pystyi erottelemaan helpommin toisistaan. Ensimmäinen analyysin jälkeen värikoodeja oli 35, jotka tämän jälkeen sain käsiteltyä sekä jaoteltua sopimaan viitekehyyseeni mukaan kolmeen ryhmään.

Määrällisen vastausmateriaalin olen analysoinut kuvaavan tilastollisen analyysin avulla. Vastaukset olen jakanut taulukkoon selkeyttääkseni analyysin tekoa. Lisäksi olen käsitellyt samat määrälliset vastaukset SPSS Statistics-ohjelmassa, selvittääkseni vastaavatko kyselytutkimuksessa saadut vastaukset San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden teoriassaan esiin nostamia, ”tiimin interaktioon” vaikuttavia tekijöitä sekä sitä, voidaanko vastauksista löytää yhteneväisyyksiä ja korrelatioita.

SPSS-ohjelmalla on pitkä historia, joka ulottuu 1960-luvulle. Perinteisesti SPSS-ohjelmaa on käytetty yhteiskuntatieteissä ristiintaulukointiin sekä regressio- ja varianssianalysointiin. Ohjelman avulla saadaan aineistosta poimittuja frekvenssejä sekä prosenttilukuja ja voidaan mitata esimerkiksi asteikkojen luotettavuutta, varianssianalyysin avulla (Vehkalahti 2019, 196).

Molemmat yllä mainitut analyysimenetelmät vaativat, että tutkimuksen kohteeksi rajataan keskeinen ilmiö ja tämän ulottuvuudet. Ilmiöiden ulottuvuuksien selventämiseksi käytetään teorioita, joiden avulla ulottuvuuksia voi paremmin lukijalle esitellä. Tutkimukseni keskiössä oleva ilmiö on ”moniammatillinen työ terveyssozialityössä” ja sen ulottuvuudet ovat käyttämäni teoriat, viitaten ”systeemisiin determinantteihin”, ”organisaatiokulttuuriin” sekä ”tiimin interaktioon”. Käytämällä yllä mainittuja analyysimenetelmiä, tutkimustuloksista tulee luotettavampia sekä käytäntöä ja todellisuutta paremmin kuvaavia.



## 7.2. Tutkimuksen aineisto ja luotettavuuden arviointi

Aineiston keräsin sähköisellä kyselylomakkeella, jonka lähetin kaikille HUS:n Sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä työskenteleville sosiaalityöntekijöille sekä sosiaalityöntekijäopiskelijoille, yhteensä 63 henkilölle. Lomake testattiin ennen kyselyn varsinaista aloitusta. Jälkikäteen voin todeta, ettei varsinaisia virhetulkintoja kysymysten sisällöstä paljastunut. Tutkimukseen pääsi vastaamaan 4.-15.11.2020.

Kyselylomake koostui 45 kysymyksestä, joista 19 oli laadullisia ja 26 määrällisiä kysymyksiä. Kysely on jaettu neljään osaan; taustatiedot sekä moniammatillinen työskentely yleisellä tasolla, organisaation tasolla ja henkilökohtaisella tasolla. Kyselyyn vastasi 35 henkilöä ja kyselyn vastausprosentti oli näin ollen 55,6 %. Vaikka otos on pieni, niin koen, että edustavuus on kyselyn tulosten luotettavuuden kannalta tarpeeksi suuri. Vastaajista 32 oli sosiaalityöntekijöitä ja kolme (3) sosiaalityön opiskelijoita.

Vastausten määrään on omalta osaltaan voinut vaikuttaa Apotti-potilasjärjestelmä, jonka HUS otti käyttöön samaan aikaan, kun aloitin kyselyaineiston keruun ja kyselytutkimus lähetettiin vastaajille. Tosin varmuudella ei voida sanoa, onko vaikutus vastaajamäärään ollut positiivinen vai negatiivinen.

Tutustuin aineistooni lukemalla vastaukset läpi useaan otteeseen. Aineistoa oli loppujen lopuksi paljon enemmän kuin mitä olin alun perin ajatellut. Huomasin hyvin nopeasti, että kyselyn aihe on ollut monelle kiinnostava ja ajankohtainen, koska vastaukset olivat pääosin hyvin harkittuja ja kuvaavia. Vastaajat olivat selvästi panostaneet vastauksiin ja käyttäneet vastaamiseen aikaa.

Sain kyselylomakkeesta sekä positiivista että negatiivista palautetta. Suurin osa palautteesta oli hyvin positiivista, mutta kaksi vastaajista antoivat rakentavaa palautetta siitä, että kokivat tutkimuskysymykset hankalina ja osittain toistuvina. Toisessa rakentavista palautteista mainittiin myös kyselylomakkeen saatekirjeessä arvioidun vastausajan ollen arvioitu alakanttiin.

### 7.3. Eettiset näkökulmat

Sosiaali- ja terveydenalan eettiset periaatteet on keskitetty Etenen (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelulautakunta) ja Talentian ohjeistuksiin. Alalla on hyvin yhtenäinen toimintaperusta, jossa korostuvat erityisesti inhimillinen kohtaaminen sekä asiakkaan oikeus vaikuttaa ja päättää omasta hoidostaan. Monilla ammattiryhmillä on lisäksi omia eettisiä toimintaperiaatteita, jotka ohjaavat ammatin harjoittamista. Tärkeimpiä ja keskeisiä ohjaavia arvoja, jotka koskevat kaikkia ammattiryhmiä, ovat kuitenkin henkilön ihmisarvo ja perusoikeudet. Eettisten periaatteiden mukainen työskentely voi joskus olla vaikeaa, koska jopa työnantaja voi asettaa rajoja, jotka osaltaan estävät eettisten periaatteiden toteuttamista. Tällaisena rajoitteena voi olla esimerkiksi kiireinen työtahti, joka voi aiheuttaa tuntemuksen siitä, ettei pysty antamaan asiakkaille sitä aikaa ja huomiota, jonka he tarvitsisivat. (Mönkkönen 2018; luku 2:2)

Tieteellinen tutkimus voi olla luotettava ja tulokset uskottavia ainoastaan, mikäli tutkimuksen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvää tieteellistä käytäntöä ei ole pakollista noudattaa, mutta Suomessa kaikki yliopistot, suurin osa ammattikorkeakouluista ja lisäksi monet pienemmät tutkimuslaitokset ovat vapaaehtoisesti sitoutuneet noudattamaan ohjeita, jotta ohjeiden vaikuttavuus tiedeyhteisössä paranee (Vastuullinen tiede 2018). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkijan puolueettomuus. On kuitenkin tiedostettava, että tutkijan oma kehitys ja tausta, kuten koulutus ja työkokemus, voivat vaikuttaa tutkittavaan aiheeseen (Tuomi & Sarajarvi 2009, 136). Henkilökohtaisesti tutkielmalle valitsemani aihe on minulle läheinen, koska työskentelen terveyssosiaalityöntekijänä ja nyt kyseessä oleva tutkimus on kohdistunut omaan työyksikköni. Olen tiedostanut omat näkemykseni sekä ennakkokäsitykseni tutkimuksen aiheen osalta. Olen tutkimusprosessissa pyrkinyt sivuuttamaan omat ennakkokäsitykseni ja kokemukseni moniammatillisuudesta. Lisäksi olen syventänyt ymmärrystäni tutkimusalueeseen teorian näkökulmasta. Tämän avulla olen laajentanut käsitystäni moniammatillisuudesta erikoissairaanhoidossa.

Tutkimukseni tutkimusryhmä koostui terveyssosiaalityöntekijöistä HUS:n sisätaudit ja kuntoutus-yksikössä. Ennen kyselytutkimuksen käynnistämistä hain tutkimukselleni tutkimusluvan HUS:lta. Tutkimuksessa en tarkastele potilastietoja ja sosiaalityöntekijöitä pyydettiin kyselyssä

kuvaamaan yhteistyötä niin, ettei potilaista tule esille heidän henkilöllisyyttään paljastavia tietoja. Tällaisia tietoja ei ole myöskään tässä tutkimuksessa kuvattu tai esitetty.

Tutkimusosallistujat, eli terveyssosiaalityöntekijät, saivat halutessaan vapaaehtoisesti osallistua sähköiseen kyselytutkimukseen. Osallistujat saivat tiedon kyselytutkimuksesta sähköpostitse, jossa informoin samalla osallistujien tietoturvasta, luottamuksellisuudesta sekä tutkimuksen anonymiteetistä. Luottamuksellisista syistä en tule tuomaan esille tutkimuksessani saamiani eriteltyjä tietoja, joiden avulla työyhteisön kesken voitaisiin tunnistaa yksittäisiä vastauksia tai henkilöitä.

Käyttämäni kyselytutkimusohjelma “Google Forms” säilyttää tutkimusmateriaalin Googlen omassa pilvessä, johon pääsee ainoastaan kirjautumaan henkilökohtaisilla tunnuksilla.

## 8. Kyselytutkimuksen tulokset

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen määrällisiä sekä laadullisia tuloksia.

### 8.1. Tutkimuksen määrälliset tulokset

Tässä luvussa esittelen kyselylomakkeella kerättyä määrällistä tietoa, jota olen analysoinut SPSS-ohjelman avulla.

Kyselytulosten mukaan vastaajista 91,4 % oli laillistettuja sosiaalityöntekijöitä ja 8,6 % sosiaalityön opiskelijoita. Osalla on myös sosiaalityöntutkinnon lisäksi muita tutkintoja, opisto-, AMK- sekä yliopistotasolta. Suurimmalla osalla vastaajista oli sosiaalialalta yli kymmenen vuoden työkokemus (62,8 %). Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma oli vastausten perusteella varsin tasainen ja vastaajien joukossa oli edustus kaikista vaihtoehtona olleista ikäryhmistä (20–29, 30–39, 40–49, 50–59 ja 60–69).

Määrällisen tiedon prosenttiosuudet, eli vastausten jakautumisen, olen koonnut alla olevaan taulukkoon. Prosenttiosuudet olen poiminut SPSS-ohjelmasta. Kysymykset ovat olleet pakollisia, joten vastauksia on jokaisen kysymyksen kohdalla 35.

	Täysin eri mieltä	Jossain määrin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. HUS organisaationa arvostaa sosiaalityötä osana moniammatillista yhteisöä.	2,9 %	2,9 %	22,9 %	45,7 %	25,7 %
2. HUSin organisaatio ja organisaation rakenteet on luotu niin, että ne edesauttavat moniammatillista työskentelyä ja yhteistyötä.	2,9 %	28,6 %	31,4 %	28,6 %	8,6 %
3. HUSissa on selkeästi määritelty moniammatilliselle yhteistyölle asetetut tavoitteet	5,7 %	31,4 %	31,4 %	25,7 %	5,7 %
4. HUSissa on selkeästi määritelty moniammatillista yhteistyötä edistävät toimintakäytännöt	11,4 %	34,3 %	28,6 %	20 %	5,7 %
5. Yksikkö- ja osastotasolla tapahtuvalla eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä toteutetaan organisaation tavoitteita.	0 %	5,7 %	22,9 %	45,7 %	25,7 %
6. Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ovat olennainen toimija organisaation yhteistyötoiminnassa.	2,9 %	2,9 %	25,7 %	34,3 %	34,3 %

7. Saan työssäni riittävästi arvostusta toisten ammattiryhmien taholta	2,9 %	8,6 %	14,3 %	45,7 %	28,6 %
8. Muiden ammattiryhmien työntekijät luottavat ammattitaitooni	0 %	2,9 %	8,6 %	42,9 %	45,7 %
9. Luotan itse muiden ammattiryhmien työntekijöiden ammattitaitoon	2,9 %	2,9 %	2,9 %	28,6 %	62,9 %
10. Muiden ammattiryhmien työntekijät pitävät terveystieteiden työntekijöiden tekemää työtä tärkeänä	2,9 %	2,9 %	20,0 %	45,7 %	28,6 %
11. Muiden ammattiryhmien taholta saatu arvostus vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen ja käytäntöihin?	0 %	0 %	11,4 %	31,4 %	57,1 %
12. Koen, että moniammatillinen työskentely erikoissairaanhoidossa on tasavertaista	5,7 %	25,7 %	31,4 %	22,9 %	14,3 %
13. Koen, että tiedonkulku ja kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä on toimivaa	2,9 %	31,4 %	25,7 %	22,9 %	17,1 %

*Taulukko 2. Määrälliset tulokset.*

Yhteenvedon vastauksista kysymyksiin 1, 6 ja 7 voidaan todeta vastaajien kokeneen, että sosiaalityötä arvostetaan osana moniammatillista tiimiä (~70 %, jossain määrin tai täysin samaa mieltä). Kysymyksiin 2, 3 ja 4 annetut vastaukset jakautuivat ”jossain määrin eri mieltä” sekä ”jossain määrin samaa mieltä” välille. Kokonaisuutena tarkastellen saadut vastaukset viittaavat siihen, että vastaajat suhtautuvat melko neutraalisti siihen, miten HUS:n organisaatio tukee moniammatillista yhteistyötä nykyisissä rakenteissa ja käytännöissä. Kysymykseen 5 saatujen vastausten perusteella 71,4 % vastaajista ovat jossain määrin tai täysin samaa mieltä siitä, että eri ammattiryhmien välillä yhteistyöllä toteutetaan organisaation tavoitteita. Kysymyksien 8, 9 ja 10 osalta voidaan nostaa esiin, että vastaajien mukaan muut ammattiryhmät luottavat ja pitävät sosiaalityöntekijöiden tekemää työtä tärkeänä ja samaan aikaan suurin osa vastaajista luottaa muiden ammattiryhmien ammattitaitoon.

Vastaajien kokemukset tiedonkulun ja kommunikaation toimivuudesta eri ammattiryhmien välillä vaihtelivat. Vastaajista vajaa 35 % koki, että tiedonkulku ei ole toimivaa, kun taas 50 % oli täysin tai jossain määrin samaa mieltä siitä, että tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä on toimivaa. Kysymys 11 oli ainoa kysymys, jonka osalta vastauksissa ei esiintynyt juurikaan hajontaa. Vastaajista 88,5 % kokee, että muilta ammattiryhmiltä saatu arvostus vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen ja käytäntöihin.

## 8.2. Yhteyksiä määrällisten tulosten välillä

Kyselytutkimuksen vastauksia läpi käydessä, itselleni heräsi mielenkiinto tarkastella, miten tietyt vastaukset mahdollisesti vaikuttavat toisiinsa sekä sitä, voidaanko eri kysymyksiin annettujen vastausten väliltä löytää yhteyttä toisiinsa.

Korrelaation avulla mitataan kahden muuttujan välistä yhteyttä, voimakkuutta sekä suuntaa. Korrelaation arvo voi vaihdella välillä  $-1$  ja  $+1$ . Korrelaation vahvuutta, niin kutsuttua  $r$ -arvoa mitataan seuraavasti; heikko korrelaatio  $r=.10-.29$ , keskiverto korrelaatio  $r=.30-.49$ , vahva korrelaatio  $r=.50-1.0$ . Korrelaation vahvuutta voidaan sovitella riippumatta siitä, onko  $r$ -arvon edessä negatiivinen merkki tai ei. Negatiivinen merkki viittaa ainoastaan vastausten väliseen suhteeseen, ei vahvuuteen (Pallant 2010, 134). Positiivinen korrelaatio tarkoittaa sitä, että jos yhden muuttujan arvo kasvaa, niin toisenkin muuttujan arvo kasvaa. Negatiivinen korrelaatio taas tarkoittaa, että jos toisen muuttujan arvo kasvaa niin toisen muuttujan arvo laskee (Pallant 2010, 100).

Seuraavassa on esitelty kyselytutkimuksen vastauksiin liittyen laatimani hypoteesit, joita tutkin SPSS-ohjelmassa Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.

1. Muiden ammattiryhmien luottamus terveystieteiden ammattitaitoon vaikuttaa positiivisesti siihen, miten terveystieteiden ammattitaitoon luottaa muiden ammattiryhmien ammattitaitoon.
2. Organisaatiossa määritellyt moniammatillisuutta edistävät toimintakäytännöt vaikuttavat positiivisesti moniammatilliseen kommunikaatioon.
3. Kokemus tasavertaisuudesta vaikuttaa vahvasti siihen, miten henkilö kokee pääsevänsä osalliseksi oman yksikön moniammatillisiin käytäntöihin.
4. Mitä positiivisempi kokemus on siitä, että pääsee osalliseksi yksikön moniammatillisiin käytäntöihin, sitä todennäköisemmin vastaaja kokee, että terveystieteiden ammattitaito ovat HUS:issa olennainen osa terveydenhuoltoa ja organisaation yhteistyötoimintaa.
5. Organisaation arvostus terveystieteiden ammattitaitoa kohtaan ei vaikuta siihen, miten vastaajat kokevat muiden ammattiryhmien arvostavan terveystieteiden ammattitaitoa.

Aloitin tutkimalla luottamusta muuttujien ”Muiden ammattiryhmien työntekijät luottavat ammattitaitooni” ja ”Luotan itse muiden ammattiryhmien työntekijöiden ammattitaitoon” välistä suhdetta Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Taulukosta 3 voidaan todeta, että muuttujien välillä on vahvasti positiivinen korrelaatio ( $r=0.632$ ,  $n=35$ ,  $p<0.01$ ). Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuskyselyn vastaajat, jotka kokivat muiden ammattiryhmien luottavan heidän ammattitaitoonsa, luottavat myös itse muiden ammattiryhmien ammattitaitoon. On kuitenkin hyvä huomata, että vastausten perusteella sosiaalityöntekijät luottavat hieman vahvemmin muiden ammattiryhmien työntekijöiden ammattitaitoon kuin kokevat muiden ammattiryhmien työntekijöiden luottavan omaan ammattitaitoonsa.

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
luottamus	4.3143	.75815	35
luotan_muihin	4.4571	.91853	35

### Correlations

		luottamus	luotan_muihin
luottamus	Pearson Correlation	1	.632**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	35	35
luotan_muihin	Pearson Correlation	.632**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	35	35

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Taulukko 3. Ammattiryhmien välinen luottamuksen suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.

Seuraavaksi tarkastelin muuttujien ”Koen että tiedonkulku ja kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä on toimivaa” ja ”HUS:ssa on selkeästi määritelty moniammatillista yhteistyötä edistävät toimintakäytännöt” välistä suhdetta. Taulukosta 4 voidaan todeta, että muuttujien välillä on vahvasti positiivinen korrelaatio ( $r=0.553$ ,  $n=35$ ,  $p<0.01$ ) ja vastaajat, jotka kokivat kommunikaation

toimivaksi eri ammattiryhmien välillä, kokivat myös, että organisaatiotasolla on määritelty moniammatillista yhteistyötä edistävät käytännöt. Tämä viittaa siihen, että organisaatiotasolla määritellyt käytännöt viestinnän suhteen omalta osaltaan edistävät kommunikaatiota ammattiryhmien välillä.

#### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Toimintakäytännöt	2.7429	1.09391	35
toimiva_kommunikaatio	3.2000	1.15809	35

#### Correlations

		Toimintakäytännöt	toimiva_kommunikaatio
Toimintakäytännöt	Pearson Correlation	1	.553**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	35	35
toimiva_kommunikaatio	Pearson Correlation	.553**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	35	35

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Taulukko 4. Toimintakäytäntöjen ja kommunikaation suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.

Tarkastelemalla tasavertaisuuden ja osallisuuden välistä yhteyttä muuttujilla ”Koen, että moniammatillinen työskentely erikoissairaanhoidossa on tasavertaista” ja ”Pääsetkö mielestäsi riittäväällä tavalla osalliseksi oman yksikkösi moniammatillisiin käytäntöihin ja työskentelytapoihin”, halusin saada tiedon siitä, vaikuttaako kokemus moniammatillisesta tasavertaisuudesta siihen, miten hyvin henkilö kokee pääsevänsä osalliseksi moniammatillista työskentelyä työyksikössä. Vastausten perusteella voidaan todeta, että muuttujien välillä on keskiverto positiivinen korrelaatio ( $r=0.371$ ,  $n=35$ ,  $p<0.05$ ). Tämä tarkoittaa sitä, että koetun tasavertaisuuden ja sen, miten henkilöt kokevat pääsevänsä osalliseksi oman yksikön moniammatillisiin käytäntöihin, välillä voidaan havaita positiivista korrelaatiota, mutta tämä yhteys ei ole niin vahva kuin mitä olisin itse kuvitellut.





### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
tasavertaisuus	3.1429	1.14128	35
Osallisuus	.5429	.50543	35

### Correlations

		tasavertaisuus	Osallisuus
tasavertaisuus	Pearson Correlation	1	.371*
	Sig. (2-tailed)		.028
	N	35	35
Osallisuus	Pearson Correlation	.371*	1
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	35	35

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

*Taulukko 5. Tasavertaisuuden ja osallisuuden suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.*

Lisäksi halusin tarkastella, onko henkilöiden kokemalla positiivisella kokemuksella siitä, että pääsee osalliseksi yksikön moniammatillisiin käytäntöihin, yhteyttä siihen, kuinka todennäköisesti vastaaja kokee terveysosastotyöntekijöiden olevan HUS:ssa olennainen osa terveydenhuoltoa ja organisaation yhteistyötoimintaa. Kuten taulukosta 6 voidaan nähdä, muuttujien välillä on keski-  
 verto positiivinen korrelaatio ( $r=0.336$ ,  $n=35$ ,  $p<0.05$ ) ja tarkasteltujen muuttujien välillä on yhteys, mutta se ei ole kovin vahva.

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Osallisuus	.5429	.50543	35
Osayhteistyötoimintaa	3.5714	1.06511	35

### Correlations

		Osallisuus	Osayhteistyötoimintaa
Osallisuus	Pearson Correlation	1	.336*
	Sig. (2-tailed)		.049
	N	35	35
Osayhteistyötoimintaa	Pearson Correlation	.336*	1
	Sig. (2-tailed)	.049	
	N	35	35

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Taulukko 6. Osallisuus moniammatillisiin käytäntöihin ja osallisuus organisaation yhteistoimintaan tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.

Viimeisenä tarkastelin yhteyttä vastaajien kokemusten osalta suhteessa organisaatiotasolta sekä muilta ammattiryhmiltä saatavaan arvostukseen muuttujilla ”HUS organisaationa arvostaa sosiaalityötä osana moniammatillista yhteistyötä” ja ”Saen työssäni riittävästi arvostusta toisten ammattiryhmien taholta”. Taulukosta 7 voidaan nähdä, että muuttujien välillä on vahvasti positiivinen korrelaatio ( $r=0.757$ ,  $n=35$ ,  $p<0.01$ ). Voidaan siis todeta, että vastaajat, jotka kokevat, että organisaatio arvostaa terveyssosiaalityötä osana moniammatillista yhteistyötä, kokevat myös muiden ammattiryhmien arvostavan terveyssosiaalityötä. Koska muuttujia sinänsä voidaan tarkastella yksittäisinä tekijöinä, en alustavasti ajatellut näiden kahden muuttujien välillä olevan näin vahvaa suhdetta. Tuloksen perusteella voidaan kuitenkin ajatella, että organisaation yleisellä arvostuksella on vahva vaikutus siihen, millaiseksi ammattiryhmien keskinäinen arvostus organisaatiossa muodostuu.



### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Organisaation_arvostus	3.8857	.93215	35
arvostus	3.8857	1.02244	35

### Correlations

		Organisaatio n_arvostus	arvostus
Organisaation_arvostus	Pearson Correlation	1	.757**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	35	35
arvostus	Pearson Correlation	.757**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	35	35

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Taulukko 7. Organisaation sekä muiden ammattiryhmien taholta koetun arvostuksen suhde tutkittuna Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla

### 8.3. Tutkimuksen laadulliset tulokset

Aloitin kyselytutkimukseen saatujen laadullisten vastausten analysoinnin tarkastelemalla tutkimusvastauksia kysymyksittäin, Atlas TI -ohjelman avulla. Huomasin jo analysoinnin alkuvaiheessa, että samat teemat esiintyivät ja toistuivat laajasti kyselyn vastauksissa kysymyksistä riippumatta. Teemat vastasivat hyvin pitkälti aikaisempien tutkimusten sekä viitekehysten sisältöä. Tämän johdosta, päätin tarkastella tuloksia kolmesta eri näkökulmasta ja jakaa kaikki laadulliset vastaukset kolmeen, tutkimukseni mukaista viitekehystä käyttäen ja myös nimetä ne viitekehysten mukaisesti:

- 1) Systemiset determinantit
- 2) Organisaatiokulttuuri
- 3) Tiimin interaktio

Seuraavassa vastaukset on esitelty mainittujen pääteemojen kautta. Nostan esiin niitä asioita ja tekijöitä, jotka vastaajat kokivat tärkeiksi ja jotka nousivat vastauksissa ensisijaisesti esiin. Lisäksi olen nostanut esiin huomioita ja havaintoja, jotka olivat näkemykseni mukaan kaikkein yllättävimpiä. Sitaatteihin olen poiminut suoria lainauksia kyselyyn vastanneiden esittämistä huomioista. Lisäksi luvun lopussa on käsitelty omana osuutenaan vaikuttamista moniammatillisiin käytäntöihin.

### 8.3.1.     Systeemiset determinantit

Organisaation ulkopuolisia seikkoja ja tekijöitä, jotka vaikuttavat myös terveydenhuollon moniammatilliseen työskentelyyn, ovat vastausten perusteella esimerkiksi koulutusjärjestelmä sekä työhön kohdistettavat resurssit, jotka ovat poliittisen päätöksenteon vaikutuksen alla. Poliitiikka ja poliittiset päätökset määrittelevät sen, mihin yhteiskunnan resursseja käytetään ja tämä puolestaan voi vaikuttaa esimerkiksi siihen, palkataanko sairaaloihin lisää henkilökuntaa työmäärän ja kiireen rauhoittamiseksi. Monet vastaajista kertoivat kiireen vaikuttavan työnteekoon osaltaan negatiivisesti. On kuitenkin huomattava, että aina resurssien puutteessa ei kuitenkaan ole kyse sosiaalityöntekijöiden työmäärästä, vaan kyse voi olla niin lääkäreiden kuin myös hoitajien työstä.

Vastauksista nousi monissa kohdin esille myös ”vajaa miehitys”, joka vaikeuttaa potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. On huomattava, että käytettävissä olevaan miehitykseen vaikuttaa suoraan se, miten resursseja, toisin sanoen verovaroja yhteiskunnassa poliittisten päätösten seurauksena kohdistetaan. Resurssit, jotka osaltaan vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen, ovat näin ollen mitä suurimmassa määrin kiinni organisaation ulkopuolelta vaikuttavista tekijöistä.

*”Lisäksi voisi olla hyvä, että sosiaalityön näkyvyyttä selkeytettäisiin ja lisättäisiin HUS:ssa koska se on lähtökohtaisesti tuntemattomampi ammattiryhmä kuitenkin terveydenhuollon organisaatiossa.”*

Kyselytutkimuksen vastauksista voidaan lisäksi todeta, että monet mainitut organisaation ulkopuolisia tekijöitä koskevat asiat voivat sijoittua tutkimuskysymyksissä sekä moniammatillisuutta ja moniammatillista yhteistyötä tarkasteltaessa niin edistäviin rakenteisiin kuin haasteisiin. Keskeinen esimerkki tästä on työn taustalla vaikuttava lainsäädäntö. Lainsäädäntö itsessään on rakenne, joka mahdollistaa ja luo perustan työhön. Lainsäädäntö, lait ja asetukset tuovat mukanaan sosiaalityöntekijöille oikeuksia ja velvollisuuksia, jotka osaltaan helpottavat työntekeä. Toisaalta lainsäädäntö ja erityisesti lainsäädännön erilaiset – organisaatioista riippuvaiset tulkinnat voivat

tuoda moniammatilliseen yhteistyöhön myös haasteita. Vastauksissa tällaisena haasteita omilla tulkinnoillaan luovasta organisaatiosta – ja tätä kautta ulkopuolisesta rakenteesta – mainittiin esimerkkinä Kela, jonka virkailijoiden kanssa sosiaalityöntekijät tekevät jatkuvasti yhteistyötä.

*”Sosiaaliset rakenteet, etiikka, lainsäädäntö ja tekniset ”työkalut” kuten tietojärjestelmät ja tukiohjelmat”*

Tutkimuskyselyyn vastanneiden mielestä myös erityisesti työyksiköiden sekä ammattiryhmien väliset hierarkiat ja ”valtataistot” vaikuttavat moniammatilliseen työskentelyyn. Hierarkian merkitys koetaan myös eri tavoin ja sanalla ”hierarkia” tarkoitetaan organisaation rakenteen lisäksi ammattiryhmien sisäistä ja ammattiryhmien välistä, osittain myös yhteiskunnassa yleisesti koettua ja mielikuviin perustuvaa suhtautumista. Kuten aiemmin luvussa 6.1 on todettu, olen nostanut hierarkian tässä käsiteltäviin organisaation ulkopuolisiin vaikuttajiin, vaikka hierarkialla on selkeä liitännä myös organisaation sisäisenä vaikuttajana. Organisaation ulkopuolisten ja sisäisten tekijöiden rajamaastossa kulkeva hierarkia koetaan vastausten perusteella moniammatillisuutta edistäväksi rakenteeksi silloin, kun kyse on nimenomaisesti organisaation rakenteesta ja hierarkian koetaan vaikuttavan pääasiallisesti vain työn- sekä vastuunjakoon. Vastaajat mainitsivat kokevansa, että hierarkia tuo mukanaan toisaalta kunnioitusta ja toisaalta taas epätasa-arvoista kohtelua. Hierarkia koetaan haasteeksi ja moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavaksi rakenteeksi silloin, kun se luo korkean kynnyksen eri ammattiryhmien välille. Vastauksissa mainittiin useasti myös eri ammattiryhmien asenteet suhteessa omaan tai toisten työskentelyyn ja asemaan.

*”Kyllä jotkut lääkärit ovat edelleen muita ylempänä ikävä kyllä, eivätkä halua kuulla poikkeavia mielipiteitä.”*

*”Osastojen arvoasetelmat tai huono työilmapiiri vaikeuttavat moniammatillisuutta. Ehkä voidaan ajatella, että jokainen hoitaa vain oman työnsä, ja niinkään sellaista hyvää kaiken hahmottavaa kokonaisuutta ei saada potilaan tilanteesta aikaiseksi jokaisen ammattilaisen työhön.”*

*”Hierarkkiset menetelmät, ei arvosta muiden asiantuntemusta”*

*”Osastojen väliset huonot vastuu- ja työhierarkiat vaikeuttavat moniammatillisuutta.”*

Vastaajat mainitsivat kokevansa, että hierarkia tuo mukanaan toisaalta kunnioitusta, mutta toisaalta myös epätasa-arvoista kohtelua. Yksi vastaajista mainitsi sosiaalityöntekijöitä kutsuttavan vielä edelleen ”sosiaalihoitajiksi”, vaikka sosiaalihoitajien koulutus loppui jo vuonna 1975.

*”Yksi pieni mutta häiritsevä asia on se että todella yleisesti HUSissa hoitajat ja lääkärit kutsuvat sosiaalityöntekijää sosiaalihoitajaksi. Mietin vaikuttaako tämä myös siihen millainen kuva heillä on meidän työstä ja ammattitaidosta.”*

Kaksi vastaajista mainitsi, että vanha hierarkkinen organisaatio yhdistettynä yksin työskentelyyn vaatii sosiaalityöntekijöiltä vahvaa itseluottamusta, jotta uskaltaa tuoda esiin omia ajatuksia ja mielipiteitä moniammatillisessa työyhteisössä. Sosiaalityöntekijät ovat joidenkin vastausten mukaan ns. ”vieraalla kentällä hoitotyössä”, mikä voi vaikuttaa siihen, ettei sosiaalityöntekijöitä aina edes muisteta. Yksi vastaajista toisaalta koki, että hierarkia – termin negatiivisessa merkityksessä – on hävinnyt sairaalasta.

*”Eri ammattiryhmillä on eri työnkuvat (luonnollisesti). Tästä syystä yhteistyön sisältö voi vaihdella paljon, mutta tapa on aina talon arvoja noudattava eli kunnioittava ja tasavertainen. Enää pitkään aikaan (vuosikymmeniin) ei ole kumarreltu ylläkkäreitä käytävillä, vaan he pitelevät meille ovia (kuten muillekin). Hierarkia on hävinnyt.”*

Tällä hetkellä ja kyselytutkimuksen suorittamisen aikana haasteita sairaalamaailman arkeen on tuonut myös COVID-19 pandemia. Tämä nousi vastauksissa esiin kuitenkin vähemmän kuin mitä olisin itse alun perin odottanut. Covid-19 on vastausten mukaan kuitenkin vaikuttanut siihen, miten yhteistyötä sairaalassa tehdään ja kommunikaatio on pandemian myötä tietyissä tapauksissa hankaloitunut. Ylipäänsä tutkimuskyselyn vastauksista voidaan todeta, että systeemiset tai organisaation ulkopuoliset tekijät mainittiin tai niihin viitattiin vähemmän kuin muihin tekijöihin.

*”Mikäli osastolla on huono kokemus sos.tt.stä, niin eivät myöskään sos.tt.tä käytä. Koen myös ettei nyt esim. covid-19 aikoina ole yhtenäistä käytäntöä/ohjeistuksia potilastapaamisten kanssa ja osastot pettyy, kun sanoo, että meidän käytännöt eroaa esim hoitajien ja fysioterapeuttien suhteen”*

### 8.3.2. Organisaatiokulttuuri

Kokonaisvaltainen hoito oli asia, jonka suuri osa vastaajista koki vahvimmin moniammatillisen yhteistyön perustaksi (17/35). Kokonaisvaltaisessa hoidossa lähtökohtana on potilaslähtöinen työ sekä hoito ja työtä tehdään potilaan tarpeiden ja elämäntilanteen mukaan. Erikoissairaanhoidossa ja potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa ammattiryhmät työskentelevät yhdessä, hoitaen, ei pelkästään potilaan fyysisiä vaivoja tai sairauksia, vaan tarvittaessa myös psyykkistä sekä sosiaalista

tilannetta. Näin ollen kokonaisvaltaisen hoidon onnistuminen on vahvasti riippuvainen organisaation sisäisistä tekijöistä.

*”Potilaan kokonaistilanteen selkiyttämistä, laajemman tietopohjan rakentamista, vastuun jakamista”*

*”Matalaa rimaa eri ammattiryhmien välillä sekä tiivistä yhteistyötä ammattiryhmien välillä, hyvän kokonaisvaltaisen hoidon saavuttamiseksi.”*

Kokonaisvaltaiseen hoitoon vaikuttavat useat tekijät ja tiiviillä yhteistyöllä eri alojen ammattilaiset täydentävät toisiaan. Kyselyyn vastanneiden mukaan suunnitelmallisella työllä ja vastuun oikeanlaisella jakamisella asiakaslähtöisyys korostuu ja tämä vaikuttaa myös potilaan hoitokokemukseen positiivisesti.

*”Potilas / kuntoutuja on psykofyysinen kokonaisuus ja moniammatillinen yhteistyö varmistaa kokonaisvaltaisen hoidon ja huolenpidon, ja on siten erittäin tärkeää.”*

Vastausten perusteella on selvää, että kokonaisvaltainen ja potilaslähtöinen hoito vaativat moniammatilliselta työntekijäryhmältä hyvää yhteydenpitoa ja kommunikaatiota sekä osaamista ja tuntemusta toisen ammattiryhmän työstä sekä osaamisalueista. Kokonaisvaltaiseen hoitoon ja sen onnistumiseen liittyy kiinteästi luottamus sekä arvostus toisten ammattilaisten osaamista kohtaan, jotka taas omalta osaltaan edistävät tiedonvaihtoa ja vuorovaikutusta.

*”Moniammatillinen yhteistyö on työssäni erittäin tärkeää. Jokainen ammattiryhmä hoitaa potilasta omasta ammatillisesta näkökulmastaan ja nämä näkökulmat yhdistämällä potilas (ja omainen) saa kokonaisvaltaista hoitoa niin somaattiseen vaivaansa kuin koko elämäntilanteeseensa. Saamme tietoa muilta ammattiryhmiltä ja he meiltä, täydennämme kaikki toisiamme.”*

Työyhteisön sisällä tapahtuvalla kommunikaatiolla on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon varmistamisessa ja onnistumisessa huomattavan suuri merkitys. Tämä nousi esiin myös kyselytutkimuksen vastauksissa. Erikoissairaanhoidossa kommunikoidaan moniammatillisesti monia eri kommunikaatiotapoja käyttäen ja on huomattava, että erityisesti työyhteisössä työskentelevien vuorovaihtusosaamisella ja tiimin sisäisellä interaktiolla on suuri vaikutus kommunikaation onnistumiseen käytännössä. Tässä yhteydessä tarkastelen kommunikaatiota osana organisaatiokulttuuria ja organisaation toimintaa nimenomaan siitä näkökulmasta, millaisia välineitä organisaatio kommunikaation toteuttamiseksi tarjoaa ja miten kommunikointi eri muotoja käyttäen organisaation sisällä tapahtuu.

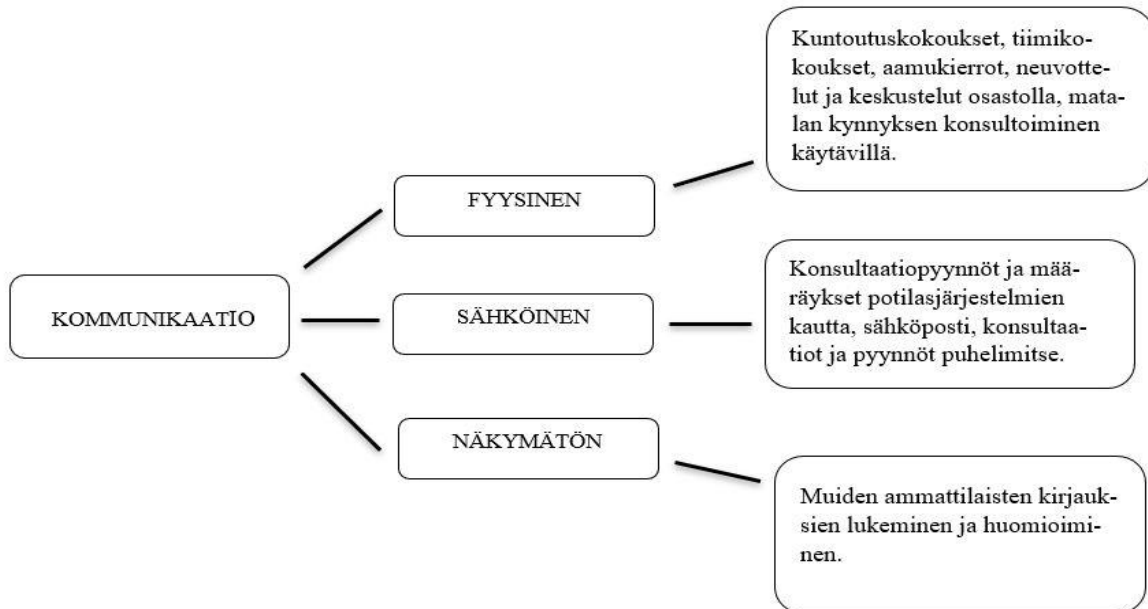
Alla olevaan kuvaan olen lajitellut eri kommunikaatiomuotoja, joita käytetään yhteydenpitoon moniammatillisessa erikoissairaanhoidossa. Kommunikaatio erikoissairaanhoidossa tapahtuu kolmella eri tavalla: fyysisesti samassa tilassa, sähköisesti sekä hiljaisen kommunikaation avulla. Samassa tilassa tapahtuva kommunikaatio tapahtuu yleisesti kasvokkain osastoilla ja voi olla joko suunniteltua tai spontaania. Suunniteltu kommunikaatio voi tapahtua esimerkiksi osaston järjestämissä moniammatillisissa tiimikokouksissa, kuntoutuskokouksissa, aamukierroilla tai konsultaatioina. Spontaani kommunikaatio taas on enemmänkin käytäväkeskustelua tai ”hihasta vetämistä”, eli satunnaisia kohtaamisia. Sähköinen yhteydenotto voi olla potilastietojärjestelmän kautta tapahtuva konsultaatiopyyntö tai määräys, yhteydenotto osastolta, potilaalta tai esimerkiksi omaisilta puhelimitse tai sähköpostitse. Uuden potilasjärjestelmän yhteydessä yhteydenpitoväylät ammattilaisten kesken muuttuivat ja kaksi vastaajaa näkivät kyselyssä tämän tuovan uusia mahdollisuuksia kommunikaatioon.

*”Yhteistyölle luodaan tai on jo luotu puitteet mm sopimalla yksikön linjauksista (esim. mitä tukiin oikeutavia todistuksia kirjoitetaan yksiköstä, mitä ei). On monia tilanteita, joissa käydään keskustelua ja rajanvetoa tästä. Esim. sosti kysyy, otetaanko polilla kantaa tiettyyn etuisuuteen ja täyttääkö potilas lääkärin/erityistyöntekijän arvion mukaan etuuden kriteerit.”*

*”Säännölliset kokoukset ja puhelinkeskustelut ja muu sähköinen viestintä. Tavataan yhdessä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa potilasta tämän parhaan mahdollisen hoidon varmistamiseksi. Keskinäinen luottamus ja toimiva vuorovaikutus ja toisten tunteminen on tärkeä asia.”*

Yksi kyselyyn vastaajista mainitsi myös ”*näkymättömän työn*”. Tämä tarkoittaa esimerkiksi muiden ammattiryhmien potilaskirjauksien huomioon ottamista tai vaihtoehtoisesti huomaamatta jäämistä. Hiljaiseen kommunikaatioon ja erityisesti tällaisen kommunikaation onnistumiseen vaikuttaa osaltaan myös ammattilaisen kirjallinen kommunikaatiotaito.





Kuvio 1 Kommunikaation ulottuvuudet

Kyselyyn saatujen vastausten perusteella asioita, jotka monet vastaajista kokivat moniammatilliseen työhön negatiivisesti vaikuttavina, olivat muun muassa tilankäyttö sekä tilojen jakaminen, tiimityöskentelyn käytännöt sekä myös johdon moniammatillisuuden puuttuminen.

Vastausten perusteella suurin osa sosiaalityöntekijöiden työpisteistä ei sijaitse osastojen välittömässä yhteydessä, vaan hieman kauempana muualla sairaalan tiloissa tai jopa eri rakennuksessa. Viisi vastaajista mainitsi sosiaalityöntekijän erillään olemisen vaikuttavan yhteishenkeen ja tiimityöskentelyyn. Lisäksi monet vastaajista eivät kokeneet olevansa osa tiimiä, mutta syinä nostettiin esiin muitakin vaikuttajia, kuin pelkästään fyysinen tilankäyttö.

*“Fyysiset rakenteet vaikuttavat yllättävän paljon. Moniammatillinen yhteistyö on itselleni paljon haastavampaa niiden yksiköiden kanssa, joiden kanssa en ole samoissa tiloissa”*

*”Jos työhuoneemme sijaitsisi osastolla, meidän luoksemme olisi helpompi tulla spontaanisti. Nyt kun työhuoneemme ovat kaukana osastoista, meidät pitää aina soittaa paikalle.”*

*”Fyysinen etäisyys toisista työntekijöistä estää toisiin työntekijäryhmiin tutustumista ja yhteistyön kehittymistä”*

Kaksi vastaajista mainitsi terveyssosiaalityöntekijöiden olevan eri yksikköä kuin muu tiimi, jossa sosiaalityöntekijä työskentelee ja tämän aiheuttavan välillä hallinnollisia vaikeuksia. Kaksi vastaajaa mainitsi myös johdon moniammatillisuuden puuttuminen, joka vaikuttaa moniammatillisuuteen negatiivisesti jo hallinnollisella ja organisaation tasolla.

*"Työtilojen sijaitseminen erillään muusta moniammatillisesta tiimistä, yhteistyörakenteiden puuttuminen, työntekijöiden kuuluminen hallinnollisesti eri yksiköihin ts. eri johdon alaisuuteen sekä sitä ettei työtä johdeta moniammatillisesti."*

*"Koen, että haasteena terveydenhuollon organisaatioissa on se, että on niin monta porrasta johdossa. Rakenteet voisivat olla suurempia."*

Työhön vaikuttavien rakenteiden osalta 15/35 vastaajaa koki kaipaavansa selkeämpiä rakenteita työhön tai vaihtoehtoisesti jo olemassa olevien rakenteiden kehittämistä edelleen. Vastauksien perusteella voidaan todeta, että rakenteilla tarkoitetaan eri henkilöiden kokemusten perusteella hyvin erilaisia asioita. Suurin osa vastaajista tarkoitti rakenteilla esimerkiksi osastokäytäntöjä.

Organisaation rakenteet koettiin vastausten perusteella vaihdellen muun muassa toimiviksi, melko vakiintuneiksi, vaikeasti muutettaviksi, helposti muutettaviksi sekä olemattomiksi.

*"Yleensä rakenteet ja toimintatavat ovat melko vakiintuneita, mutta toki jokainen työntekijä voi sopia osastojen ja poliklinikoiden kanssa esim. yhteydenoton tavoista mahdollisuuksiensa rajoissa."*

Kyselytutkimuksen vastauksista voidaan myös päätellä, että moniammatillinen työ ja se, miten sitä tehdään, vaihtelee valtavasti eri sairaaloiden sekä osastojen välillä. Lisäksi kokemus organisaation suunnitelmallisesta toiminnasta koetaan hyvin vaihtelevasti. Toisaalta se koetaan moniammatillista työtä edistävänä rakenteena ja toisaalta taas haasteena. Suunnitelmallinen toiminta koettiin edistävänä organisaation rakenteena silloin, kun se on työtä ohjaavaa ja vaikuttaa vastaajien näkökulmasta positiivisesti moniammatilliseen työskentelyyn. Haasteena taas nostettiin esiin kokemus suunnitelmallisen toiminnan ja rakenteellisen yhteistyön puuttumisesta käytännössä ja sitä toivottiin huomioitavan myös organisaatiotasolla.

*"Kehotetaan moniammatilliseen yhteistyöhön korkeammalta organisaatiosta. Olen huomannut, että mun on turha "huudella osastolle tai osastonlääkärille" että hei, mä haluan yhteistyöhön, voisitteko konsul-*

*toida mua enemmän, mä teen todella monipuolisesti työtä potilaan hyväksi. Ei mene perille, olen yrittänyt. Mutta jos asia tulee "ylempää", saman ammattikunnan edustajalta osaston ylilääkärille, osastonhoitajalle tms, niin uskon että alkaa tapahtua. Silloin minunkin kädenojennus huomataan ja kuullaan”*

Osastojen rakenteet koettiin myös hyvin vaihtelevina riippuen työyksiköstä. Vastauksissa nostettiin esiin, että samat rakenteet eivät toimi kaikkien osastojen työskentelyssä, koska osastot voivat olla keskenään hyvinkin erilaisia. Se mitä toivottiin ja joka nähdäkseni voisi olla järjestettävissä kaikilla osastoilla, oli säännöllinen yhteydenpito eri ammattiryhmien välillä.

*”Eroja aiheuttaa mm. - yhteishenki ja kyky tehdä yhteistyötä - yksikön käytännöt (joissain selkeät käytännöt ja hyvät rakenteet yhteistyölle, toisissa ei)”*

*”Kyllä on eroja. Itselleni on muodostunut ns suosikkiosastoja, joiden henkilökunnan kanssa yhteistyö on luontevaa”*

Vastauksista nousi esiin myös sosiaalityöntekijöiden kokemukset siitä, että organisaatiotasolla pyritään edistämään moniammatillisuutta esimerkiksi uusien potilasjärjestelmien kautta. Toisaalta samalla uuden ja vuoden 2020 aikana käyttöön otetun potilasjärjestelmä Apotin koettiin haastavan moniammatillisen yhteistyön suorittamista. Aina hyvä tarkoitus ja tavoite eivät siis realisoidu käytännön toiminnan tasolla. Vastauksissa mainittiin myös organisaation huomioivan moniammatillisuutta erilaisissa hankinnoissa ja kehittämisprojekteissa, kuten esimerkkinä mainitussa terveyskylässä ja potilasjärjestelmissä.

*“...moniammatillinen yhteistyö on sisällytetty rakenteellisesti, tai voisi sanoa niin, että näissä on työkalut ja foorumi moniammatilliseen arviointiin.”*

*” Mahdollisesti uuden potilastietojärjestelmän Apotin käyttöönoton myötä on tarpeen varmistua toimintatavoista kunkin hoitoyksikön kanssa ohjelman käyttöön liittyen, esim. siitä että määräykset kulkeutuvat oikealle työntekijälle ym”*

Eräs vastaaja kirjoitti, että olemassa olevat rakenteet ovat vaikeasti muunneltavissa, koska ylemmät tahot päättävät esimerkiksi resurssien käytettävyydestä. Esiin nostettiin myös, ettei potilaslähettäisyys aina rakenteellisista syistä toteudu esimerkiksi henkilökunnan kiireiden takia. Jotain voi esimerkiksi jäädä huomaamatta kiireen keskellä ja kiire taas sinänsä voi johtua resursseista. Organisaation rakenteista nostettiin myös esiin näkökulma, jonka mukaan sairaalassa sosiaalityö “hukkuu” hoitotyön taakse ja toivottiin sosiaalityön vahvempaa esiin nostamista organisaatiotasolla.

*”Terveys- ja sosiaalitoiminnan resurssit eivät ole niin paljon, että voisi luoda täysin toimivat moniammatilliset rakenteet jokaiseen HUSin yksikköön.”*

Moniammatillista yhteistyötä ylläpidetään ja kehitetään organisaatiossa myös perehdyttämällä henkilökuntaa työn luonteeseen ja erilaisiin, moniammatillisen yhteistyön osana tehtäviin työtehtäviin. Perehdytyksellä ja perehdyttäjällä on hyvin iso vaikutus siihen, miten uuden työntekijän suhtautuvat moniammatilliseen työskentelyyn. Kyselyyn saatujen vastausten perusteella sosiaalityöntekijät kokivat puutteellisen perehdytyksen haasteena moniammatillisen työskentelyn kehittämiselle. Yhteistyötä on vastaajien mukaan huomattavan paljon vaikeampi rakentaa, mikäli uudet työntekijät eivät esimerkiksi ole tietoisia sosiaalityöstä tai siitä, mihin sosiaalityötä erikoissairaanhoidossa tarvitaan.

Perehdytyksen osalta haluan tässä yhteydessä nostaa vastauksista esiin myös asioita, jotka vastausten perusteella vaativat henkilökunnalta aikaa. Henkilökunnan vaihtuvuus tuotiin useassa vastauksessa esiin tekijänä, joka vaikuttaa moniammatilliseen työskentelyyn negatiivisesti. Toisaalta taas pitkäaikaiset pysyvät työsuhteet ja kokeneet henkilökunnan jäsenet vaikuttavat moniammatilliseen työhön vastausten perusteella positiivisesti. Pitkäaikainen työskentely samassa yksikössä luo yhteishenkeä ja luottamusta sekä arvostusta toisten työtä kohtaan. Kaikkien ammattiryhmien edustajat tietävät oman työnsä ja vastuujako toimii. Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijöillä on myös vapauksia sopia käytännöistä osastoilla, millaisissa asioissa ja millaisissa tilanteissa sosiaalityöntekijöiden työ on syytä huomioida.

*”Muiden antama perehdytys ja sosiaalityöntekijöiden tekemiin osastokäytännöt dokumentteihin tutustuminen”*

Kyselyyn vastanneiden mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu lisäksi eri ammattiryhmien osaamiseen ja asiantuntijuuteen luottaminen. Tämä luottamus ei kuitenkaan vastauksissa ilmennyt itsestäänselvytenä. Toisen ammattiryhmän ja ammattiryhmään kuuluvien ammattilaisten arvostaminen sekä kunnioittaminen olivat yksi niistä asioista, jotka kyselyyn vastanneiden mukaan voivat tehdä toimivaksi tai vaihtoehtoisesti toimimattomaksi koko moniammatillisen yhteistyön. Toisen ammattiryhmän arvostaminen tarkoittaa tässä kontekstissa sitä, että toista ammattiryhmää ja sen edustajia ei vähätellä, vaan kaikkia ammatilaisia ja kaikkien tietämystä sekä osaamista arvostetaan ja pidetään tasavertaisena. Toisen ammattiryhmän arvostus mainittiin vastauksissa 18 yhteensä kertaa.

*”Moniammatillinen yhteistyö merkitsee minulle jokaisen ammattilaisen oman asiantuntijuuden arvostusta ja kuulluksi tulemista. Terveys- ja sosiaalityössä moniammatillinen yhteistyö korostuu, koska tehdään yhteistyötä ns. vieraalla kentällä hoitotyössä. Tällöin yhteistyö on tärkeää, koska täytyy tehdä töitä sen eteen, että sosiaalityön asiantuntijuus kuullaan.”*

### 8.3.3. Tiimin interaktio

Asiantuntijuus ja sen vaikutukset osana tiimin moniammatillista yhteistyötä nousivat kyselytutkimuksen vastauksissa esiin sekä positiivisessa että negatiivisessa valossa. Kaikilla erikoissairaanhoidossa toimivilla ammattilaisilla on oma koulutuksensa ja tämän koulutuksen mukanaan tuoma oman alan osaaminen sekä ammattitaito. Tämä vaikuttaa myös siihen, että kaikki ammattilaiset näkevät potilaan ja hänen tilanteensa oman ammattitaitonsa kautta. Yhteistyön onnistuminen ja parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttaminen edellyttävätkin sitä, että työtä tehdään ja vastuu potilaan hoidosta jaetaan moniammatillisesti potilaan kokonaisvaltaisen hoidon saavuttamiseksi. Tämä vaatii jatkuvaa kommunikaatiota ammattiryhmien välillä, jotta yhteistyö olisi sujuvaa. Seuraavassa esiin nostettaviin seikkojen osalta on lisäksi huomattava, että henkilökohtaisten tekijöiden kuten asiantuntijuuden lisäksi vastuun jakaminen ja yhteistyön tekeminen linkittyvät vahvasti edellä kuvattuihin organisaation sisäisiin tekijöihin.

*”Moniammatillisuus kohdistuu luottamukseen, tiedon ja vastuun jakoon”*

*”Yhteistyötaidot, kiinnostus aitoon potilaslähtöisyyteen, hyvät ja yhdessä sovitut käytännöt yksikössä, eri työntekijöiden ammattitaito ja ymmärrys muiden ammattikuntien työnkuvasta sekä ymmärrys (esim. palvelujen tai jatkohoidon) reunaehdoista ja kriteereistä, kommunikointitaidot ja se, kuinka aktiivisen roolin ottaa omassa työyhteisössään. Nöyryys ja itsekriittisyys.”*

Myös muiden ammattiryhmien tietämättömyys sosiaalityöstä ja kyky tunnistaa sosiaalityöntekijöiden työnkuvaa korostui kyselytutkimuksen vastauksissa. Vastausten perusteella nousi esiin, että tietämättömyys toisen ammattihenkilön työnkuvasta luo esteitä moniammatilliseen työhön. Mikäli työyhteisössä ei esimerkiksi tiedetä tai ymmärretä milloin tai mihin toista ammattihenkilöä voi pyytää apuun, tämä vaikeuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

*”Toisen työnkuvan tunnistaminen eli toisen työhön voisi olla hyvä tutustua tai pitää vaikka välillä osastotunteja, mitä sosiaalityöntekijä esimerkiksi nyt sitten tekeekään. Myös lääkärit paikalle. Hoitajat tunnistavat paremmin sosiaalityöntekijän työkuvaan kuin lääkärit. Tiedon jakaminen toisille ammattiryhmille työmme sisällöstä.”*

Vastauksissa korostui etenkin lääkäreiden ja uusien hoitajien tiedonpuute sosiaalityöntekijöistä erikoissairaanhoidossa tai sosiaalityöntekijöiden työnkuvasta sairaalaympäristössä. Tämä saattaa osaltaan aiheuttaa haasteita moniammatillisen yhteistyön toteuttamiselle.

*”Moniammatillisen tiimin puutteellinen ammattitaito, esimerkiksi kyvyttömyytenä tehdä suunnitelmallista työtä, dokumentoida laadukkaasti työtä sairauskertomuksiin ja lausuntoihin, selvittää hoidettavan potilaan olosuhteita sekä tiedon panttaamisena. On ammattitaidottomuutta myös, että moniammatillisiin työtilanteisiin tullaan valmistautumatta.”*

*”Muiden ammattiryhmien jäsenten tietämys sosiaalityöstä, henkilökemia”*

Vastausten perusteella monet sosiaalityöntekijät ovat pyrkineet edistämään ja lisäämään muiden ammattiryhmien tietoisuutta kertomalla osastoilla mitä sosiaalityöntekijän työkuvaan sairaalassa kuuluu.

*”Kyllä, olen tehnyt perehdytysmateriaaleja hoitohenkilökunnalle ja terveysosiaalityölle, pitänyt osastotunteja eri aiheista (sosiaalityöstä, lainsäädännöstä ym.), olemme sopineet eri ammattiryhmien ja osastojen kesken erilaisista käytännöistä, jotka tekevät työstä entistä sujuvampaa ja potilasta entistä paremmin palvelevaa. Kehitystyö on jatkuvaa!”*

Moniammatillisen yhteistyön osalta sosiaalityöntekijöiden huomioiminen ja yhteistyön onnistuminen ovat vastausten perusteella myös sosiaalityöntekijän omasta aktiivisuudesta kiinni. Ole-malla oma-aloitteinen ja aktiivinen, tulee myös huomioiduksi työyksiköissä ja osaksi tiimiä.

*”Mielestäni kyse on paljon omasta aktiivisuudesta, avoimuudesta.”*

*”Olen pyrkinyt tekemään sosiaalityötä enemmän tiedettäväksi, pitänyt osastotunteja ja kertonut toiveis-tani muuttaa joitakin käytäntöjä.”*

Jotkut vastaajista kokivat olevansa olennainen osa työyksikkönsä tiimiä ja tämä näkyy vastauk-sissa helpottavana tekijänä moniammatillisen työn tekemisen ja toiminnan ylläpidon osalta. Osas-

ton henkilökunnan tunteminen ymmärrettävästi madaltaa kynnystä yhteydenpitoon ammattiryhmien välillä, pienemmissäkin asioissa. Vastaajien joukossa iso osa toivoi kuitenkin enemmän tiimityötä sekä yhteenkuuluvuutta oman yksikön tiimiin. Yksi vastaajista mainitsi, että toisessa yksikössä hän on "vakiokalustoa", mutta toisessa taas ei. Eroavaisuuksia ilmeni myös siinä, kuinka pitkään työyksikössä työskennelleestä sosiaalityöntekijä oli kyse. Vastauksista nousi esiin myös muita asioita - kuten itsensä arvostaminen, asenne sekä henkilökemiat - jotka henkilötasolla voivat vaikuttaa moniammatilliseen tiimityöhön.

*"Olen toivonutkin, että esimies kanssani miettisi miten voisi parantaa moniammatillista yhteistyötä osastolla niin, että sosiaalityöntekijä olisi näkyvämpi ja enemmän "osa" osaston tiimiä."*

*"Lisäksi kuten olen tuonut useaan kertaan ilmi kysymyksissä se, että toivoisin henkilökohtaisesti olevani enemmän osa moniammatillista tiimiä, nyt moniammatillinen työskentely on ehkä ajoittain hieman irrallista muusta osaston henkilökunnan työskentelystä."*

Asiantuntijuudella, kärsivällisyydellä sekä oma-aloitteellisuudella asioita voi kehittää. Vastaajien mukaan moniammatillista yhteistyötä kehitetään, luodaan ja ylläpidetään olemalla osastoilla läsnä, pitämällä osastotunteja, vaihtamalla tietoja ja luomalla omia käytäntöjä osastoilla eri ammattiryhmien kanssa. Nämä asiat vaativat aikaa. Vastauksista voidaan erittäin hyvin huomata, että sosiaalityöntekijät, jotka ovat työskennelleet samalla osastolla pitkään, ovat ehtineet oppia tuntemaan osaston henkilökunnan sekä luomaan ohjeistusta siitä, miten ja mihin sosiaalityöntekijää käytetään. Lisäksi he ovat ehtineet löytää oman paikkansa moniammatillisessa tiimissä.

Vastaajista lähes kolme neljästä kertoi, että he ovat tavalla tai toisella olleet mukana luomassa moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä yksiköissään tai ylläpitävät niitä aktiivisesti. Tämä tapahtuu vastausten perusteella pääsääntöisesti niin, että sosiaalityöntekijä on itse aktiivinen ja informoi osastoja sekä niiden muuta henkilöstöä sosiaalityöstä. Tätä tehdään, jotta osastoilla osattaisiin hyödyntää sosiaalityöntekijän ammattitaitoa osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Monet vastaajista myös mainitsivat, että ovat yksiköidensä kanssa sopineet käytännöistä, mutta ettei heidän oma-aloitteisuuttaan ole kaikissa yksiköissä vastaanotettu samalla tavalla. Vaikka suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että käytäntöjä luodaan varsin itsenäisesti, monien mielestä yksiköiden välisissä käytännöissä on kuitenkin suuria eroja. Tämä viittaa nähdäkseni siihen, että kyseessä on koko henkilöstön suhtautuminen moniammatillisten tiimien käytäntöihin ja tämä vaikuttaa omalta sihen, miten rakenteita ja käytäntöjä luodaan.

*"Pyrin jatkuvasti madaltamaan kynnystä eri ammattiryhmien välillä ja pyrin olemaan läsnä ja saatavilla pienissäkin asioissa. En pahastu, mikäli minuun otetaan yhteyttä asian tiimoilta, mikä minulle ei oikeasti kuuluisi."*

*"Osallistun aktiivisesti hoitoyksikön toimintaan, yhteistoimintaan, kehittämiseen ja tilaisuuksiin. Kehitän yhteisiä materiaaleja henkilökunnalle ja potilaille."*

Vastausten osalta oli nähdäkseni positiivista huomata, miten monet sosiaalityöntekijät kokivat pystyvänsä vaikuttamaan moniammatilliseen yhteistyöhön osastoilla. Vastaajista 14 kertoi, että he ovat tavalla tai toisella olleet mukana luomassa käytäntöjä työyksiköissään. Sosiaalityöntekijät ovat pyrkineet lisäämään muiden ammattiryhmien tietämystä sosiaalityöstä kertomalla osastoilla sosiaalityöstä, olemalla läsnä sekä pitämällä "osastotunteja". Yksi vastaajista kertoi, että toivoo yhteydenottoa pienissäkin asioissa, vaikka kyseiset asiat eivät viime kädessä kuuluisikaan nimenomaisesti sosiaalityöntekijälle. Toinen vastaajista taas toivoi, että ei otettaisi yhteyttä asioissa, jotka eivät kuulu sosiaalityöntekijän työnkuvaan. Tältäkin osin vastauksissa voidaan huomata eroja sen suhteen, miten eri osastoilla turvaudutaan sosiaalityöntekijään ja käytetään sosiaalityöntekijän ammattitaitoa hyväksi. Tähän voivat vaikuttaa moninaisesti useat yllä kuvatut asiat.

*"Kyllä on, esim. pandemian aikana, jolloin fyysinen yhteistyö oli siirrettävä teamsiin ja digihoitopolkuihin, vaikkakin olen viimeiset vuodet työskennellyt hyvinkin käytännöllään vakiintuneessa moniammatillisessa (vaativan kuntoutuksen) työryhmässä."*

*"Moniammatillisia käytäntöjä luodaan, parannetaan ja muutetaan koko ajan. Osasto on aika uusi ja alunperinkin moniammatilliseen työhön suunniteltu. Vielä tarvitsisimme joitakin ammattiryhmiä tiivimmin mukaan ja myös omaisten osallistumista pitäisi kehittää. Kehitettävää on koko ajan, kun vain ehtisi. Osastolla on kehitysmuotoinen ilmapiiri mutta esim. resurssit toki tuo hidasteita/esteitä. Olen ollut mukana kehittämässä mm. kuntoutuskokouksia, kotiutumiskäytäntöjä, info-luentoja."*

*"Ei. Koen kuitenkin, että käytäntöjä luodaan päivittäisessä työssä, kun teen itseäni ja työtäni näkyväksi. Lähdän rohkeasti kahvihuoneisiin ja kanslioihin ja teen itseäni tutuksi, jolloin muut ammattilaiset tietävät olemassaolostani ja voivat herkemmin pohtia potilaiden sosiaalityön tarvetta"*



## 9. Kyselytutkimuksen yhteenveto

Seuraavaksi käyn läpi edellä luvussa 8 kuvatun kyselytutkimuksen keskeiset tulokset ja havainnot. Havaintojen osalta totean aluksi, että hyvin nopeasti tutkimusmateriaalin analysoinnin aikana huomasi, että samat moniammatillisuuteen vaikuttavat tekijät voivat toisaalta edistää ja toisaalta aiheuttaa haasteita eri ammattiryhmien yhteistyöhön. Esimerkiksi hyvin toimiva kommunikaatio on keskeinen moniammatillisuutta edistävä tekijä ja toisaalta toimimaton kommunikaatio ammattiryhmien välillä luo tiimityöskentelyllä suuria haasteita. Tämä väistämättä asettaa omat haasteensa moniammatillisen yhteistyön käytäntöjen toimivalle kehittämiselle. Lisäksi kyselyyn saaduista vastauksista huomataan, että vastaukset ja esiin nostetut käsitykset ovat vahvassa suhteessa ja kontekstissa siihen, mihin henkilö on omien kokemustensa perusteella tottunut.

Osana kyselytutkimustani halusin selvittää, millä tavoin ja kuinka voimakkaasti sosiaalityöntekijät ajattelevat organisaation ulkopuolella tapahtuvien asioiden vaikuttavan suoraan heidän työnkuvaansa ja moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen. Kyselytutkimukseen saatujen vastausten perusteella voidaan todeta, että näkemykset asian osalta ovat vahvasti jakaantuneet. Joidenkin vastaajien mielestä systemiset, organisaation ulkopuoliset tekijät, kuten viranomaiset (esimerkiksi Kela) tai ulkopuolisten päätösten seurauksena tapahtuva resurssien kohdentaminen vaikuttavat vahvasti tehtävään työhön, samalla kun osa vastaajista ei nostanut näitä esiin lainkaan. Kokonaisuutena organisaation ulkopuoliset tekijät nousivat vastauksissa kuitenkin esiin vähemmän kuin muut tekijät. Vastausten ja näkemysten jakautumiseen voi osaltaan vaikuttaa se, etten kysynyt ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksia vastaajien henkilökohtaiseen työskentelyyn kyselytutkimuksessa suoraan.

Organisaation ulkopuolelta tulevien tekijöiden osalta esimerkiksi resurssit nähdään myös moniammatillista yhteistyötä edistävinä rakenteina silloin, kun niitä on tarpeeksi ja ne kohdistuvat oikeisiin asioihin. Toisaalta resurssit nähdään haasteena silloin, jos resursseista on pula. Samoin työtä ohjaava lainsäädäntö itsessään on rakenne, joka mahdollistaa ja luo perustan työhön, mutta toisaalta erityisesti lainsäädännön erilaiset ja organisaatioista riippuvaiset tulkinnat voivat tuoda moniammatilliseen yhteistyöhön haasteita.

Organisaation sisäisten tekijöiden kohdalla monet moniammatilliseen työhön liittyvistä rakenteista ja ratkaisuksista koetaan yhtä lailla toisaalta työtä edistäviksi ja toisaalta haasteiksi. Moniammatillisuutta ja moniammatillista yhteistyötä edistävinä rakenteina mainittiin kyselyvastauksissa muun muassa hyvät työtilat, jotka mahdollistavat työskentelyn fyysisesti lähellä moniammatillista työtiimiä sekä potilaita. Toisaalta työtiloja koskevien ratkaisujen koetaan myös vaikeuttavan moniammatillista yhteistyötä, mikäli työtilat sijoittuvat erilleen muusta tiimin jäsenistä. Työskentely samassa tilassa mahdollistaa myös tutustumisen osastolla työskenteleviin muihin ammattiryhmiin ja edistää tätä kautta yhteishengen luomista. Tämän vastaajat kokivat hyvin tärkeänä. Lisäksi nähtiin, että perehdytyksellä ja sillä miten perehdyttäminen toteutetaan, on hyvin suuri vaikutus siihen miten uuden työntekijät suhtautuvat moniammatilliseen työskentelyyn.

Moniammatilliset palaverit, hyvät kommunikaatiovälineet ja tiedonkulun sujuvuus ovat kokonaisuutena yksi koko tutkimuksen tärkeimmiksi koetuista, moniammatillista työtä edistävästä rakenteista. Jos moniammatillinen tiimi työskentelee sekä kommunikoi keskenään sujuvasti ja yhtenäisesti, moniammatillinen työ on myös potilaan kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta laadukasta ja tehokasta. Toisaalta huono kommunikaatio ja vuorovaikutus sekä tiimityöskentelyn puuttuminen koetaan erikoissairaanhoidossa sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta moniammatillisen työskentelyn suurimpana haasteena. Lisäksi nostettiin esille muun muassa tietämättömyys muiden ammattiryhmien työnkuvista, huonot vuorovaikutustaidot, negatiivinen asenne ja puutteellinen ammattitaito sekä kokonaisvaltaisen näkemyksen puute potilaan hoidossa. Osaamisen vähättely, aliarviointi sekä ennakkoluulot sosiaalityötä ja sosiaalityöntekijöitä kohtaan olivat myös asioita, jotka sosiaalityöntekijät kokivat hyvin haasteellisena moniammatillisen työskentelyn onnistumisen suhteen. Lisäksi tietämättömyys sosiaalityöstä koettiin yhdeksi suurimmista haasteista. Ilman tietämystä sosiaalityön ammattitaidosta ja osaamisalueista, ei sosiaalityöntekijöitä osata hyödyntää potilaan hyvän hoidon takaamiseksi.

Jotkut vastaajista toivoivat lisää yhtenäisempiä rakenteita ja ohjeistusta työskentelyyn, kuten esimerkiksi osastoille samankaltaisia käytäntöjä moniammatillisten kokouksien osalta. Toisaalta tunnistettiin, että yhtenäisiä rakenteita on melkein mahdotonta luoda niin eriävissä työssäskentelyympäristöissä ja -yksiköissä. Lisäksi toiset vastaajista taas suhtautuivat nimenomaisen positiivisesti siihen, että pääsevät itse vaikuttamaan ja luomaan moniammatilliseen työskentelyyn liittyviä

rakenteita suoraan osastoilla. Oman näkemykseni mukaan tähän vaikuttaa hyvin paljon henkilön oma asennoituminen sekä työtiimin ilmapiiri.

Hyvä ja kehittävä ilmapiiri sekä yhteistyön kehittämiseen annettu aika nähtiin myös vastausten perusteella sellaisena moniammatillisuutta edistävänä rakenteena, johon organisaatio voi vaikuttaa. Vastakohtana kiire ja välinpitämätön suhtautuminen koettiin haasteena. Edellä mainittujen haasteiden lisäksi myös porrastettu johto koettiin organisaatiossa toivottujen muutosten toteutusta hidastavaksi tekijäksi ja ammattiryhmien kuuluminen hallinnollisesti eri yksiköihin koettiin tiedonkulkua hankaloittavaksi.

Vastauksissa nousi esiin myös se, että organisaatiotasolla moniammatillisia rakenteita pyritään edistämään esimerkiksi työvälineiden avulla. Esimerkiksi uusi Apotti-potilastietojärjestelmä on luotu omalta osaltaan helpottamaan moniammatillista kommunikaatiota ja sitä pyritään jatkuvasti parantamaan. Sosiaalityöntekijät kuitenkin toivoisivat organisaatiolta, että sosiaalityötä tuotaisiin enemmän organisaatiolähtöisesti esiin ja tätä kautta pyrittäisiin parantamaan tietämystä terveysso- siaalityöntekijöistä ja terveyssozialityöstä.

Kyselytutkimuksen vastausten perusteella voidaan todeta, ettei HUS:n yksiköissä ole vastaajien näkemyksen mukaan kattavia yhtenäisiä rakenteita moniammatilliseen yhteistyöhön. Moniammatillista työtä tehdään hyvin vaihtelevasti eri yksiköiden, sairaaloiden ja osastojen välillä. Moniammatillista yhteistyötä tehdään päänsääntöisesti eri muodoissa tapahtuvana yhteydenpitona ammattiryhmien välillä ja yhteydenpidon muodot on pääasiassa sovittu osastokohtaisesti. Parhaiten toimivina moniammatillisina käytäntöinä vastausten perusteella näyttäytyvät erilaiset moniammatilliset tapaamiset osastoilla. Näissä tapaamisissa eri ammattiryhmien jäsenet keskusteleval yhdessä osaston potilaiden hoidosta ja hoitosuunnitelmista. Tältä osin on syytä myös huomata, että tarkasteltaessa kyselyyn saatujen vastauksien yhteyttä, kokemus siitä, että organisaatiotasolla on määriteltä selkeät moniammatillista yhteistyötä, oli vahvasti yhteydessä kokemukseen tiedonkulun ja kommunikaation toimivuudesta eri ammattiryhmien välillä.

Yhteenvedon osalta voidaan lopuksi todeta, että kyselyyn vastanneiden keskuudessa yksilötason vaikuttaminen koettiin ehdottomasti tehokkaimpana tapana edistää moniammatillista yhteistyötä. Ammattihenkilön oma-aloitteisuus, avoimuus, motivaatio, ammattitaito sekä kommunikaatiotaidot ja näiden esille tuominen työyhteisössä ovat moniammatillisen työskentelyn tärkein edellytys.

Osastoilla moniammatilliseen työskentelyyn myönteisesti vaikuttavat vastausten perusteella kehitysmuukainen ilmapiiri, henkilökemiat, toisten työnkuvien tunteminen, tasa-arvoinen kohtelu ja pitkäaikaiset työsuhteet. Toisaalta henkilökohtaiset asenteet ja motivaation puute ovat vastausten perusteella olleet esteenä yksiköiden sujuvalle moniammatilliselle työskentelylle. Moniammatillinen työskentelyryhmä ei vaadi kuin yhden ammattiryhmän jäsenen negatiivista suhtautumista moniammatilliseen yhteistyöhön, jotta potilaan kokonaisvaltainen hoito kärsii. Samalla luonnollisesti kärsii myös työyhteisön yhteishenki. Iso osa vastaajista koki, että he pystyvät vaikuttamaan moniammatilliseen yhteistyöhön osastoilla ja vastauksista kävi ilmi, että useat ovat tavalla tai toisella olleet mukana luomassa käytäntöjä työyksiköissään sekä pyrkineet lisäämään muiden ammattiryhmien tietämystä sosiaalityöstä. Tältä osin on tärkeää, että tällaiseen toimintaan myös kannustetaan organisaatiotasolla ja mahdollistetaan tätä kautta hyvien käytäntöjen sekä moniammatillisen yhteistyön syventäminen.

## 10. Loppukeskustelu ja johtopäätökset

Tutkimukseni alussa määritelty keskeinen tarkastelukohde oli, miten HUS:n sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä työskentelevät terveyssosiaalityöntekijät kokevat moniammatillisen yhteistyön, siihen vaikuttavat rakenteet sekä käytännöt ja näiden kehittämisen erikoissairaanhoidossa.

Tutkimukselle asettamani keskeiset tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- 1. Miten moniammatillista työtä tehdään erikoissairaanhoidossa terveyssosiaalityön näkökulmasta?*
- 2. Millaisia haasteita terveyssosiaalityöntekijät kohtaavat työssään liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön?*
- 3. Mitkä tekijät terveyssosiaalityöntekijän näkökulmasta edistävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista erikoissairaanhoidossa?*

Tutkimukseni keskeisenä lähtökohtana oli selvittää, mikä toimii, mikä ei toimi ja miten ei-toimivia toimintatapoja on kehitetty sekä miten niitä voitaisiin jatkossa kehittää.

Tutkimuksen tausta on perustunut henkilökohtaiseen käsitykseeni siitä, miten moniammatillista työtä tehdään HUS:n Sisätaudit ja kuntoutus -yksikössä. Hyvin nopeasti tutkimusprosessin aikana huomasin, että useat tutkijat ovat tutkineet moniammatillista työtä eri aloilla ja todenneet moniammatillisen yhteistyön onnistumisen osalta tärkeiksi elementeiksi juuri niitä asioita, jotka itse olen lyhyen työkokemukseni aikana havainnut merkittäviksi.

Tutkimukseni viitekehys perustui pääasiassa L.San Martín-Rodríguezin ja kumppaneiden (2005) määrittelemiin moniammatillisen työskentelyn perustekijöihin. Nämä tekijät toimivat kolmella eri tasolla; 1) systeemiset determinantit (vaikuttavat organisaation ulkopuolella), 2) organisaatiokulttuuri (vaikuttaa organisaation sisällä) sekä 3) tiimin interaktio (vaikuttaa henkilökohtaisella ja tiimin sisäisellä tasolla). Myös kyselytutkimukseni sähköinen kyselylomake oli jaettu kolmeen eri tasoon - mainittuihin tekijöihin pohjautuen - selkeyttämään kyselyn laajuutta myös vastaajille.

Valitsemani tutkimusaiheen ja suorittamani kyselytutkimuksen tärkeyttä voidaan tarkastella ja perustella eri näkökulmista. Katson, että suurin merkitys tutkimuksella ja sen kautta esiin nousseilla

havainnoilla on HUS:n Sisätaudit ja kuntoutus -yksikön, eli kyselytutkimuksen kohteen, organisatorisen kehittämisen näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksen kautta esiin nousseiden näkökulmien tarkastelusta voi näkemykseni mukaan olla hyötyä myös työyhteisöjen uusille työntekijöille ja esimerkiksi vastavalmistuneille sosiaalityöntekijöille. Kuten kyselyn tuloksista käy ilmi, rakenteet ja käytännöt vaihtelevat usein huomattavasti saman organisaation ja jopa yksiköiden välillä. Tämän ymmärtäminen ja tiedostaminen on keskeistä pohdittaessa moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Kyselytutkimuksen vastaukset olivat näkemykseni mukaan hyvin rehellisiä ja avoimia. Koska tutkimuksen ja kyselyn kohteena oli suhteellisen pieni yksikkö, olin alustavasti huolissani siitä, uskaltavatko ja haluavatko vastaajat olla täysin avoimia ja rehellisiä – vaikka kyselyyn saikin vastata täysin anonyymisti. Vastausten perusteella vaikuttaa näkemykseni mukaan kuitenkin siltä, että aihe on ollut monille erittäin läheinen sekä tärkeä. Vastauksista käy ilmi, että tutkimuksen kohde on koettu oman työn kannalta merkitykselliseksi ja lisäksi vastaajat ovat kokeneet, että vastaamalla tämänkaltaiseen, juuri kyseiselle työntekijäryhmälle osoitettuun kyselytutkimukseen, he voivat osaltaan vaikuttaa asioihin.

Tutkielman ja tutkimuksen tekemisen osalta haasteellisimmaksi koin kyselylomakkeen laatimisen sekä kyselytutkimukseen saatujen vastausten analysoinnin, erityisesti huomioiden moniammatillisen yhteistyön moninaisuus erikoissairaanhoidossa. Henkilöstä riippuen, moniammatillista yhteistyötä tehdään ja se koetaan hyvin eri tavoin. Pyrin tekemään kyselylomakkeesta mahdollisimman laajan ja moniulotteisen, mutta kuitenkin sellaisen, johon vastaamisen olisi yksinkertaista ja jonka jokainen vastaaja jaksaisi täyttää alusta loppuun. Kyselytutkimuksesta saadussa palautteessa kaksi vastaajaa ilmoitti kokeneensa kyselytutkimuksen liian pitkäksi, mutta kaikki vastaajat kuitenkin täyttivät kyselytutkimuksen loppuun asti. Tältä osin kyselyä voidaan pitää onnistuneena. Kyselytutkimuksen analysoinnin jälkeen voidaan todeta, että määrällisen tiedon osalta tutkimus olisi mahdollisesti kaivannut vielä lisää kysymyksiä, joihin saatuja vastauksia olisi luvussa 8.2 kuvatus korrelaation avulla voitu analysoida tarkemmin ja tarkastella laajemmin määrällisiin ja laadullisiin kysymyksiin saatujen vastausten välisiä yhteyksiä.

Nyt kyseessä olevan tutkimuksen rajoitteena voidaan nähdä keskittyminen ainoastaan terveysso-  
siaalityöntekijöiden näkemyksiin moniammatillisesta yhteistyöstä erikoissairaanhoidossa, vaikka moniammatillisen tiimin osana toimii nimensä mukaisesti myös usean muun alan ammattilaisia.

Vaikka tutkimuksessani olen halunnut keskittyä nimenomaan terveyssosiaalityöntekijöiden näkemyksiin ja kokemuksiin, jatkossa olisi kiinnostavaa, jos joku jatkaisi tutkimusta muiden ammattiryhmien näkökulmasta.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista on, että sosiaalityöntekijät kokevat moniammatillisen yhteistyön hyvin vahvasti potilaille annettavan kokonaisvaltaisen hoidon perustana. Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä löytyy usealta eri tasolta ja niin haasteet kuin moniammatillisen työn mahdollisuudet koetaan hyvin henkilökohtaisesti. Tätä taustaa vasten tutkimuksen tuloksista voidaan nostaa esiin viisi keskeistä huomiota.

Ensinnäkin kyselytutkimuksen vastauksissa nousi vahvasti esiin se, että moniammatillisen yhteistyön ja erilaisten toimintatapojen toimivuus on aina kontekstissa kokonaisuuteen ja ennen kaikkea työyhteisön jäseniin. Voidaan todeta, että kokemukset yksittäisten toimintamallien toimivuudesta vaihtelevat ja onkin vaikea kattavasti sanoa, että jokin toimintamalli olisi aina toimiva tai toimimaton. Kuitenkin avoin kommunikaatio, yhdenvertainen kohtelu ja työyhteisön jäsenten ammattitaidon arvostaminen nähdään tekijöinä, jotka ovat tilanteesta riippumatta moniammatillisen yhteistyön onnistumisen keskeisiä edellytyksiä. Kyselytutkimuksen vastauksista voidaan myös havaita, että eri ammattiryhmien välillä luottamuksen syntyminen perustuu vahvasti vastavuoroisuuteen ja koettu luottamus muiden ammattiryhmien taholta omalta osaltaan lisää sosiaalityöntekijöiden kokemaa luottamusta muihin ammattiryhmiin. Koska luottamuksella on vahva vaikutus eri osapuolten väliseen kommunikaatioon, voidaan ammattiryhmien välistä luottamusta kehittämällä kehittää myös moniammatillista kommunikaatiota. Lisäksi keskeisenä havaintona esiin nousi sosiaalityöntekijöiden henkilökohtainen mahdollisuus vaikuttaa yksiköiden moniammatillisiin käytäntöihin. Mitä enemmän ja paremmin sosiaalityöntekijät saavat itse vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön käytäntöjen kehittämiseen, sitä toimivammaksi ne koetaan.

Toinen lähtökohta tutkimuksessani oli selvittää, miten toimintatapoja voisi jatkossa kehittää. Vastauksen löytäminen tähän oli lopulta vaikeampaa kuin olin kuvitellut. Omien kokemuksieni ja kyselytutkimukseen saatujen vastausten perusteella terveyssosiaalityöntekijöillä on hyvin vahvasti vapaus sekä vastuu itse sopia työskentely-yksiköissään siitä, miten he tuovat oman työpanoksensa moniammatilliseen yhteistyöhön. Koska jokainen yksilö on erilainen ja työskentelytapoja on monia, tämä omalta osaltaan tuo haasteita toimivien, yleisten toimintamallien kehittämiseen. Yksilötasolla työnantajan antamat työvälineet, tuki ja perehdys voivat omalta osaltaan auttaa ja tukea

sosiaalityöntekijää siinä, että tämä pystyy luomaan toimivan työskentelytavan ja perustan moniammatilliseen työskentelyyn. On kuitenkin huomattava, että vaikka henkilökohtainen mahdollisuus vaikuttaa käytäntöjen luomiseen nähdään lähtökohtaisesti kyselytutkimuksen vastaustenkin perusteella positiivisena ja moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta keskeisenä tekijänä, erityisesti opiskelijana – tai muutoin uutena työntekijänä - voi olla vaikeaa heittäytyä yksin sosiaalityön edustajaksi moniammatilliseen tiimiin. Näin voi olla etenkin, jos yksikössä ei ole luotu ja kehitetty säännönmukaisia rakenteita ja käytäntöjä siihen, miten sosiaalityöntekijä ja tämän osaaminen huomioidaan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, voi uuden työntekijän olla hankalaa päästä sisään tiimiin, jossa suurimman osan työntekijöistä osaaminen on nimenomaisesti terveydenhoidollista. Koska kaikilla ei ole itseluottamusta tuoda esille osaamistaan tai näkemyksiään etenkin uudessa ympäristössä tai työyhteisössä, on äärimmäisen tärkeää, että sosiaalityöntekijä saa tarvittavan tuen sekä ohjauksen siihen, miten moniammatillisia rakenteita ja käytäntöjä on aikaisemmin yksiköissä luotu.

Monet kyselyyn vastanneet nostivat esiin sen, että organisaatiotasolla olisi hyvä muistaa ja huomioida myös sosiaalityöntekijöitä osana työyksiköjä ja työyhteisöä. Vastausten mukaan tiedottaminen yksiköiden sisällä ei aina saavuta kaikkia yksikössä työskenteleviä henkilöitä. Erityisesti näin on silloin, mikäli osa henkilöistä on hallinnollisesti osa omaa, erillistä yksikköä. Nämä vastauksissa esiin nousseet huomiot tukevat omia kokemuksiani ja sama pätee usein myös päinvaltaisessa tilanteessa. Sosiaalityöntekijöille saatetaan ilmoittaa tietyistä hoidettavaa potilasta koskevista asioista, mutta tämä tieto ei saavuta muuta työyksikköä muutoin kuin mahdollisesti sosiaalityöntekijän välityksellä. Näiden havaintojen pohjalta voidaan todeta, että avoimuus ja parempi kommunikaatio myös hallinnollisella tasolla auttaisi edistämään sosiaalityöntekijöiden yhteenkuuluvuuden tunnetta suhteessa niihin työyksiköihin, joissa nämä työskentelevät. Avoimuudella ja paremmalla kommunikaatiolla voidaan osaltaan vastata myös kyselytutkimuksessa esiin nousseeseen havaintoon siitä, että tietämättömyys sosiaalityöstä koettiin yhdeksi suurimmista haasteista. Tietoisuus sosiaalityöntekijöiden ammattitaidosta ja osaamisalueista voidaan nähdä erityisen tärkeänä siksi, että se edesauttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tältä osin kyselytutkimuksessa esiin nousseet havainnot tukevat myös aiemmin mainittujen, Heenanin & Birrellin (2018) sekä Thomsonin ja kumppaneiden (2015) tutkimuksissa esiin nousseita tuloksia. Sosiaalityöntekijöiden panos moniammatillisessa työssä on sujuvinta, mikäli muutkin ammattiryhmät ymmärtävät mitä



sosiaalityön työkuvaan kuuluu ja osaavat heidän ammattitaitoaan hyödyntää. Myös kyselytutkimusten määrällisten vastausten analysointi osoittaa, että organisaatiossa määritellyt moniammatillisuutta edistävät toimintakäytännöt vaikuttavat positiivisesti moniammatilliseen kommunikaatioon. Näkemykseni mukaan selkeästi määritellyt käytännöt osaltaan auttaisivat myös haasteena koettuun sosiaalityötä koskevan tietoisuuden puutteeseen.

Käytäntöjen luominen ja pysyvyys voidaan liittää myös kyselytutkimuksessa useasti esiin nouseeseen henkilökunnan vaihtuvuuteen. Työ yliopistollisessa sairaalassa tarkoittaa muun muassa sitä, että vakituisen henkilökunnan lisäksi sairaalassa työskentelee ja harjoittelee paljon opiskelijoita. Sosiaalityöntekijöiden työnkuva ei välttämättä ole yksi ensimmäisistä asioista, joita sairaanhoitaja- tai lääkäriopiskelijoille mainitaan tai kerrotaan työhön kuuluvassa perehdytyksessä. Tämä olisi kuitenkin äärimmäisen tärkeää, jotta voidaan parantaa uusien työntekijöiden ymmärrystä sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalityön roolista sairaalaympäristössä. Lisäksi sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus voidaan kokea myös henkilökohtaisesti raskaana, mikäli ei ehdi tutustua yksiköiden työntekijöihin, luoda yhteishenkeä tai päästä mukaan ”tiimiin” ja sitä kautta oppia tuntemaan jo olemassa olevia osastokäytäntöjä. Nopean vaihtuvuuden vastakohtana vastauksista kävi toisaalta ilmi, että pitkään samassa yksikössä työskennelleellä sosiaalityöntekijällä on parempi mahdollisuus vaikuttaa moniammatillisiin käytäntöihin. Syy tähän on vastausten perusteella se, johon Kainikin on aiemmin luvussa 5.1.1 mainitussa tutkimuksessaan viitannut. Kun henkilökunta tuntee toisensa ja toistensa osaamisalueet sekä hoidon eri osa-alueisiin liittyvät haasteet, niin rima kanssakäymiseen ammattiryhmien välillä madaltuu ja yhteishenki paranee.

Systeemisellä tasolla on nähdäkseni selvää, että moniammatillisen työskentelyn ja siihen liittyvien käytäntöjen tulisi olla kiinteä osa opintoja ja koulutusta. Etenkin sosiaalityöntekijöiden osaamista ja työnkuvaa moniammatillisen yhteistyön osalta tulisi huomioida laajemmin erityisesti sosiaalityön opinnoissa, mutta myös terveyden- ja sairaanhoidossa sekä näihin liittyvissä opinnoissa. Tällä tavalla terveysosiaalityöstä ja terveysosiaalityöntekijöiden työnkuvasta tulisi olennainen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa riippumatta siitä, missä hoito tapahtuu. Valitettavasti oma henkilökohtainen kokemukseni on, että terveysosiaalityötä mainitaan hyvin vähän, jos ollenkaan, Helsingin yliopiston (valtiotieteellinen tiedekunta) viiden vuoden pituisessa sosiaalityön koulutuksessa ollenkaan. Tältä osin käytäntöjen luomiseen ja erilaisten mahdollisuuksien tunnistamiseen voitaisiin siis vaikuttaa jo opintojen aikana.

Lopuksi haluan nostaa esiin, että erityisesti kyselyn vastauksissa moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen tai vaihtoehtoisesti toimimattomuuteen vaikuttavana tekijä nousi esiin sosiaalityöntekijöiden oma-aloitteisuuden ja henkilökohtaisen tekemisen merkitys. Tätä korostettiin jopa enemmän kuin olisin itse ennen tutkimuksen aloittamista odottanut. Yksilötason vaikuttaminen koettiin tehokkaimpana tapana edistää moniammatillista yhteistyötä ja ammattihenkilön oma-aloitteisuus, avoimuus, motivaatio, ammattitaito sekä kommunikaatiotaidot ja näiden esille tuominen työyhteisössä nähtiin moniammatillisen työskentelyn tärkeimpänä edellytyksenä. Tämä on seikka, joka nähdäkseni tulisi organisaation tasolla huomioida laajemmin ja erityisesti myös rekrytointikäytännöissä. Koska moniammatillinen yhteistyö on lopulta ennen kaikkea yksilöiden yhteistyötä, on oikealaisten ja toistensa ominaisuuksia täydentävien henkilöiden löytäminen osaksi työyhteisöä keskeisin tapa organisaatiotasolla edistää moniammatillisen yhteistyön toimivuutta ja käytäntöjä.

## Lähteet

HUS - Sisätaudit ja kuntoutus. Saatavilla: [https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks\\_sisataudit\\_ja\\_kuntoutus/Sivut/default.aspx](https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks_sisataudit_ja_kuntoutus/Sivut/default.aspx) (Haettu helmikuu 7, 2020).

Aho, K. 2017, *Sosiaalityön käsikirja*, 4., uudistettu laitos. p., Tietosanoma, Helsinki.

Angelin Anna 2009, *En studie om långvarig arbetslöshet och socialbidragstagande bland unga vuxna*, Lund University.

Ashcroft, R. & Katwyk, T.V. 2016, An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work, *Social Work in Public Health*, 31(3), s. 140-152. DOI 10.1080/19371918.2015.1087918.

Bhatt Ami & Mitchell Anne 2015, *Effective Collaborative Communication in Hospice Care*, Symbiosis online publishing, United States.

Braun Virginia & Clarke Victoria 2006, Using thematic analysis in psychology., *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101.

Bronstein, L.R. 2003, A Model for Interdisciplinary Collaboration, *Social Work*, 48(3), s. 297-306. DOI 10.1093/sw/48.3.297.

Burrows, D. 2018a, *Social work within a medical setting: an ethnographic study of a hospital social work team*, Cardiff University.

Dell, N.A., Maynard, B.R., Born, K.R., Wagner, E., Atkins, B. & House, W. 2019, Helping Survivors of Human Trafficking: A Systematic Review of Exit and Postexit Interventions, *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), s. 183-196. DOI 10.1177/1524838017692553.

Diaz Granados, D., Dow, A.W., Appelbaum, N., Mazmanian, P.E. & Retchin, S.M. 2018, Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration, *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), s. 151-159. DOI 10.1080/13561820.2017.1383886.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998, *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, Vastapaino, Tampere.

ETENE 2011, *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Fagerstom, K. 2016, *Ihmissuhteita rakentava ja ylläpitävä lastensuojelu: Hackneyn malli ja systeminen käytäntö lastensuojelussa*, THL, Helsinki.
- Heenan, D. & Birrell, D. 2019, Hospital-Based Social Work: Challenges at the Interface between Health and Social Care, *The British Journal of Social Work*, 49(7), s. 1741-1758. DOI 10.1093/bjsw/bcy114.
- Helin Riina 2016, *Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveyssosiaalityöntekijöiden kirjoituksissa*, Tampereen yliopisto.
- Isoherranen, K. 2005, *Moniammatillinen yhteistyö*, WSOY, Helsinki.
- Kaini, B.K. 2015, *Interprofessional working in hospitals: the case of Nepal*, University of Greenwich.
- Kekoni, T., Mönkkönen, K. & Pehkonen, A. 2019, *Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*, Ellibs verkkoaineisto. p., Gaudeamus.
- Korpela, R. 2014, Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen, teoksessa *Terveys ja sosiaalityö*, toim. A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen, Bookwell Oy, Juva, s. 118–141.
- Kuhn, T. 2012, *The Structure of Scientific revolutions: 50th anniversary edition.*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kuusela, S. 2015, *Organisaatioelämää: kulttuurin voima ja vaikutus*, Talentum Oy, Alma Talent.
- Layder, D. 2005, *Understanding social theory*, 2nd ed. p., Sage Publications, London.
- Lokatt, E., Holgersson, C., Lindgren, M., Packendorff, J. & Hagander, L. 2019, An interprofessional perspective on healthcare work: physicians and nurses co-constructing identities and spaces of action, *Journal of Management & Organization*, s. 1-17. DOI 10.1017/jmo.2019.89.
- Martín-Rodríguez, L.S., Beaulieu, M., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. 2005, The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), s. 132-147. DOI 10.1080/13561820500082677.

- Mönkkönen, K. 2018, *Vuorovaikutus asiakastyössä: asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*, Gaudeamus, Helsinki.
- Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019, *Moniammatillinen yhteistyö*, Gaudeamus.
- Moran, D. 2000b, *Introduction to Phenomenology*, Routledge, London, UNITED KINGDOM.
- Pallant, J. 2010, *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS*, McGraw-Hill Education, Berkshire.
- PRESCOTT, P.A. & BOWEN, S.A. 1985, Physician-Nurse Relationships, *Annals of Internal Medicine*, 103(1), s. 127-133.
- Salo, U. 2015, Simalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet, teoksessa *Umpikujasta oivallukseen: Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa*, toim. S. Aaltonen & R. Högbäck, Tampereen yliopisto, Tampere, s. 166–190.
- Samuelsson Eva 2015, *Use or Misuse? Addiction Care Practitioners' Perceptions of Substance Use and Treatment*, Stockholm University.
- Sipilä, A. 2011, *Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet- Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä*, Itä-Suomen Yliopisto.
- Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C. & Levett-Jones, T. 2015, Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care, *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), s. 634-640. DOI 10.3109/13561820.2015.1040873.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 6. uud. laitos. p., Tammi, Helsinki.
- Vastuullinen tiede- toimitus 2018, *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Saatavilla: <https://vastuullinen-tiede.fi/fi/tutkimustyo/hyva-tieteellinen-kaytanto> (Haettu maaliskuu 19, 2020).
- Vehkalahti, K. 2019, *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*, Helsingin Yliopisto, Helsinki.

## Liitteet

Liite1. Kyselytutkimuksen kyselylomake

# Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa – Miten hyviä käytäntöjä rakennetaan?

## KYSELYTUTKIMUS

Vastaamalla tähän kyselytutkimukseen annan suostumukseni vastausten käyttämiseen tutkimusaineistona Helsingin Yliopiston sosiaalityön maisteriohjelman pro-gradu tutkielmaan, joka käsittelee moniammatillisen yhteistyön rakenteita ja käytäntöjä HUSin Sisätaudit ja kuntoutus - yksikössä, terveystieteiden tutkimuskeskityksen näkökulmasta.

Tutkimustehtäväni on selvittää, millaisia moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä ja rakenteita HUS aikuissomatiikan sosiaalityöntekijöiden työyksikössä on, miten rakenteita luodaan, miten moniammatillista yhteistyötä kehitetään ja ylläpidetään sekä millaisia haasteita näihin moniammatillisiin käytäntöihin kohdistuu.

Tutkimukseni keskittyy HUS aikuissomatiikan työyksikön terveystieteiden tutkimuskeskitykseen sekä yksikön sosiaalityön opiskelijoihin. Tutkimuskyselyssä mainitut rakenteet viittaavat moniammatillisen yhteistyön käytäntöihin, kokoonpanoihin ja muotoihin sekä siihen, miten moniammatillista yhteistyötä tehdään.

Kyselyn vastaamiseen menee noin 20-30 minuuttia. Jokainen vastaus on tutkimukseni kannalta erittäin tärkeä ja arvokas. Kyselyyn voi vastata 15.11.2020 saakka.

Kyselytutkimukseen vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn voi keskeyttää ilman että vastaukset tallentuvat. Koska tutkimukseni kohdistuu melko pieneen yksikköön, tutkimuksessa on pyritty välttämään kysymyksiä, joiden osalta vastaukset voisivat paljastaa yksilöllisiä tietoja. Lisäksi lopullisesta tutkimuksesta tullaan käsittelemään vastaukset niin, ettei vastaajaa voi vastauksen perusteella tunnistaa. Kyselyllä kerättävä aineisto hävitetään heti tutkimuksen valmistuttua.

Jos teille tulee kysyttävää tutkimukseen tai kyselyyn liittyen, niin minut tavoittaa osoitteesta [malin.sandberg@helsinki.fi](mailto:malin.sandberg@helsinki.fi). Vastaan mielelläni kaikkiin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Malin Sandberg, Sosiaalityön opiskelija / sosiaalityön maisteriohjelma

## OSIO 1- Taustatiedot

### 1. Työskentelen \*

- Sosiaalityöntekijänä
- Sosiaalityön opiskelijana

2. Minulla on aikaisempi koulutus (esim. sosionomi) Mikä:

### 3. Minulla on kokemusta sosiaaalialalta \*

- 0-2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 10-20 vuotta
- Yli 20 vuotta

### 4. Olen iältäni \*

- 20-29-vuotias
- 30-39-vuotias
- 40-49-vuotias
- 50-59-vuotias
- 60-69-vuotias

## OSIO 2 - Moniammatillinen yhteistyö

Tässä osiossa tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä HUS aikuissomatiikan työyksikön osastoilla sekä henkilökohtaisella tasolla.

5. Mitä moniammatillinen yhteistyö sinulle merkitsee? \*

6. Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy osastoillasi? (Miten moniammatillista yhteistyötä tehdään?) \*

7. Koetko moniammatillisen yhteistyön eroavan osastojen välillä? \*

8. Mitkä asiat vaikuttavat moniammatilliseen yhteistyöhön positiivisesti? \*

9. Mitkä asiat vaikuttavat moniammatilliseen yhteistyöhön negatiivisesti? \*

10. Onko ammattiryhmien välillä eroavaisuuksia moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen liittyen? \*

11. Onko sinulla henkilökohtaisesti kokemusta moniammatillisten käytäntöjen luomisesta? \*

12. Koetko, että olet vaikuttanut osastosi moniammatillisiin yhteistyön käytäntöihin \*

En

Kyllä

12 b. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro miten?

## OSIO 3 - Moniammatillisen yhteistyön rakenteet organisaatiotasolla

Seuraavassa tarkastellaan HUSin organisaatorakenteeseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä väittämiä ja kysymyksiä. Valitse kysymysten osalta näkemyksiäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

13. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"HUS organisaationa arvostaa sosiaalityötä osana moniammatillista yhteisöä."

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



14. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"HUSin organisaatio ja organisaation rakenteet on luotu niin, että ne edesauttavat moniammatillista työskentelyä ja yhteistyötä."

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"HUSissa on selkeästi määritelty moniammatilliselle yhteistyölle asetetut tavoitteet"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

16. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"HUSissa on selkeästi määritelty moniammatillista yhteistyötä edistävät toimintakäytännöt"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

17. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Yksikkö- ja osastotasolla tapahtuvalla eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä toteutetaan organisaation tavoitteita."

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

18. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Terveys- ja sosiaalityö nähdään HUSissa olennaisena osana terveydenhuoltoa ja organisaation yhteistyötoimintaa."

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Terveys- ja sosiaalityöntekijät ovat olennainen toimija organisaation yhteistyötoiminnassa."

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

20. Millaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja kohtaat omassa työssäsi? \*



21. Millaiset rakenteet vaikuttavat organisaatiotasolla moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen? \*

22. Miten HUSin organisaatorakennetta tulisi mielestäsi kehittää, jotta se tukisi nykyistä paremmin moniammatillisen yhteistyön kehittämistä? \*

23. Miten luodaan, ylläpidetään ja kehitetään toimivaa moniammatillista yhteistyötä? \*

24. Oletko osallistunut työnantajan tarjoamaan koulutukseen, joka olisi auttanut sinua edistämään moniammatillista yhteistyötä omassa työssäsi? \*

Kyllä

En

25. Koetko, että olet saanut työnantajalta työkaluja moniammatillisen työskentelytapojen edistämiseksi? \*

En

Kyllä

25b. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro millaisia?

26. Koetko, että tarvitsisit enemmän ohjausta moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen omassa työssäsi? \*

En

Kyllä

26b. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro millaista ohjausta?

27. Eroavatko nykyisessä työssäsi / erikoissairaanhoidossa tehtävän moniammatillisen yhteistyön muodot verrattuna aiempiin työpaikkoihisi? \*

Ei

Kyllä

27b. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro millä tavalla?

28. Onko tilaratkaisuilla ja työtekopaikkaan liittyvillä käytännöillä mielestäsi merkitystä moniammatillisen yhteistyön laatuun? \*

Ei

Kyllä

28b. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro millä tavalla?

29. Millä tavoin osastojen / sairaaloiden suunnitteluvaiheessa tulisi mielestäsi huomioida moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen? \*

30. Jos työskentelet (tai olet HUS-työurasi aikana työskennellyt) useassa eri erikoissairaanhoidon yksikössä, onko eri sairaaloiden työtilaratkaisut ja käytännöt toteutettu moniammatillisen yhteistyön edistämisen kannalta yhtenäisesti? \*

Ei

Kyllä

31. Jos työskentelet (tai olet HUS-työurasi aikana työskennellyt) useassa eri sairaalassa, millaiset työtilaratkaisut ovat mielestäsi olleet moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen ja käytäntöjen kannalta kaikkein toimivimpia? \*

32. Jos työskentelet (tai olet HUS-työurasi aikana työskennellyt) useassa eri sairaalassa, millaiset työtilaratkaisut ovat mielestäsi moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen ja käytäntöjen kannalta ongelmallisimpia? \*

33. Onko eri yksiköiden moniammatillisissa käytännöissä eroja ja jos on, niin millaisia? \*

34. Pääsetkö mielestäsi riittävällä tavalla osalliseksi oman yksikkösi / osastosi moniammatillisiin käytäntöihin ja työskentelytapoihin? \*

Ei

Kyllä

35. Pyritäänkö moniammatillista yhteistyötä edistämään omalla osastollasi mielestäsi riittävästi? \*

Ei

Kyllä

OSIO 4 – Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen henkilökohtaisella tasolla (omassa työssä)

Seuraavassa tarkastellaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista henkilökohtaisesta näkökulmasta. Valitse kysymysten osalta näkemyksiäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

36. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Saan työssäni riittävästi arvostusta toisten ammattiryhmien taholta"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

37. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Muiden ammattiryhmien työntekijät luottavat ammattitaitooni"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

38. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Luotan itse muiden ammattiryhmien työntekijöiden ammattitaitoon"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

39. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Muiden ammattiryhmien työntekijät pitävät terveyssosiaalityöntekijöiden tekemää työtä tärkeänä"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

40. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Muiden ammattiryhmien taholta saatu arvostus vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen ja käytäntöihin?"

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

41. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Koen, että moniammatillinen työskentely erikoissairaanhoidossa on tasavertaista"

- 1
- 2
- 3



HELSINGIN YLIOPISTO  
HELSINGFORS UNIVERSITET  
UNIVERSITY OF HELSINKI

4

5

42. Vastausvaihtoehdot: 1. Täysin eri mieltä – 2. Jossain määrin eri mieltä- 3. Ei samaa eikä eri mieltä – 4. Jossain määrin samaa mieltä -5. Täysin samaa mieltä \*

"Koen, että tiedonkulku ja kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä on toimivaa"

1

2

3

4

5

43. Millaisia eri tapoja osastollasi käytetään ammattiryhmien väliseen kommunikaatioon? \*

44. Millaisia haasteita olet omassa työssäsi kohdannut liittyen moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen? \*

Jäikö jotain olennaista mielestäsi kysymättä? Voit vielä lopuksi tuoda esille näkemyksiäsi liittyen tutkimuksen aiheeseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. \*

**KIITOS OSALLISTUMISESTA!**

Vastauksesi ovat minulle tärkeitä!